Nr. 30. 23. lipca 1922. Rok I.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Tadeusz Dyboski. Kraków.

Spostrzeżenia kliniczne nad skutecznością autohemoterapji w swędzących chorobach skóry.

Z kliniki chorób skórnych i wener. U. J.
(Dyrektor Prof. Dr. Lenartowicz.)

Zachęceni zdumiewająco dobremi wynikami, jakie osiągnęli Nicolas, Galé i Dupasquier[1]) w r. 1921 przez śródmięśniowe wstrzykiwanie chorym ich własnej krwi w dwu przypadkach uporczywej i niepodatnej na inne sposoby leczenia świerzbiączki, rozpoczęliśmy w klinice chorób skórnych U. J. w tymże roku stosowanie tej metody, podanej w r. 1913 przez Ravaut[2]) i nieco później przez Spiethoffa[3]) pod nazwą autohemoterapji. Trzymaliśmy się przytem naogół ściśle sposobu podanego przez Ravaut, a więc wstrzykiwaliśmy krew, pobraną z żyły chorego w ilości do 20 ccm zwykłą strzykawką Recorda, bezzwłocznie śródmięśniowo w głębie mięśni pośladkowych, lub czasem podskórnie. Odmiany dotyczyły jedynie ilości wstrzykniętej krwi i odstępów czasu pomiędzy wstrzykiwaniami; często odstępy te wynosiły więcej, niż dwie doby. Głównym zaś celem naszym było, przez odpowiedni dobór przypadków, zacieśnić zakres stosowania tej metody do właściwych granic i przekonać się, kiedy i czego po tem, bezwątpienia często skutecznem leczeniu, spodziewać się można.

Z leczonych tym sposobem w klinice stałej i w przychodni przypadków wybieram 23 i podaję pokrótce ich przebieg dla zilustrowania późniejszych teoretycznych rozważań.

1. K. J. 7-letni, przyjęty 20. V. 1921. Rozpoznanie świerzbiączka zwykła łagodna, trwająca od kilku lat. 20 i 22. V. po 10 cm³ wł. krwi, 24 i 26. V., 7, 9, i 19. VI. po 5 cm³ wł. krwi. Chory opuszcza klinikę 30. VI. w stanie bardzo dobrym. Skóra zupełnie gładka, świądu niema.

2. K. J. 5-letni, przyjęty 12. V. 1921. Rozpoznanie: świerzbiączka zwykła łagodna. 12. i 14. V. po 5 cm³ wł. krwi. Guzki spłaszczone, skóra nieco gładsza. Świąd utrzymuje się bez zmiany. 5, 7 i 9. VI. po 2 cm³ wł. krwi. Chory opuszcza klinikę 20. VI. w stanie bardzo dobrym, skóra gładka, świąd ustąpił.

3. Sm. Wł. 18-letni, przyjęty 12. V. Rozpoznanie świerzbiączka zwykła, trwająca od dzieciństwa. Swiąd bardzo uporczywy, powodujący bezsenność. 12. i 14. V. po 10 cm³ wł. krwi. Po drugiem wstrzyknięciu ciepłota wieczorem 37·7°. Świąd ustąpił w zupełności. 17. V. 10 cm³ wł. krwi. Nawrót świądu w dawnem nasileniu. 19. V. 10 cm³ wł. krwi. Świąd bez zmiany. Przedmiotowo daje się zauważyć pewna poprawa. 21, 23 i 24. V. po 10 cm³ wł. krwi. Świąd ustąpił. 26, 29 i 31. V., 5 i 7. VI po cm³ wł. krwi. Świąd minimalny. Skóra zupełnie gładka. W nocy występują przelotnie nieliczne, swiędzące bąble pokrzywkowe na skórze kończyn. 14. VI. Chory opuszcza klinikę.

4. Sz. A. 6. letnia, przyjęta 10. VI. Rozpoznanie: świerzbiączka zwykła łagodna. 14. V. upuszczono 12 cm³ krwi z żyły łokciowej i wstrzyknięto 5 cm³ krwi śródmięśniowo. Ciepłota ciała wieczorem 37·5. 16. V. Świąd ustąpił 18. V. Świąd wystąpił ponownie w nieco słabszym stopniu niż poprzednio. 4 cm³ wł. krwi. 20. V 5 cm³ wł. krwi. Świądu niema. 23, 26 i 30. V. po 5 cm³ wł krwi skóra gładka, świądu niema. Chora opuszcza klinikę. W dwa tygodnie później nawrót z silnym świądem i licznemi guzkami oraz śladami drapania.

5. Ch. K. 4. letnia, przyjęta 17. VI. Rozp.: świerzbiączka zwykła łagodna. 19. VI. 2 cm³ wł. krwi śródmięśniowo. 21. VI. wszystkie wykwity bez śladu ustąpiły.

6. K. W. 26. letnia, przyjęta 21. V. Rozp. świerzbiączka zwykła, łagodna. Bardzo liczne guzki i ślady drapania, świąd uporczywy. 23, 25. 27 i 30. V. po 10 cm³ wł. krwi świąd zwolna, z wahaniem ustępuje. 1, 3, 7. VI. po 12 cm³ wł. krwi. 8, 11 i 15. VI. po 15 cm³ wł. krwi. Skóra gładka, świądu niema. Wieczorem występują na kończynach bąble pokrzywkowe, utrzymujące się przez kilka godzin. 23, 25, 26 i 30. VI, 2, i 4. VII. po 10 cm³ wł. krwi podskórnie. Bąble pokrzywkowe występują coraz rzadziej. Pozatem żadnych objawów skórnych ani świądu niema.

7. W. K. 8 letnia, przyjęta 4. VI. Rozp.: świerzbiączka zwykła łagodna. 6, 8, 11 i 14. VI. po 5 cm³ wł. krwi. Skóra gładka, świądu niema.

8. B. A. 8 letnia, przyjęta 30, V. Rozp.: świerzbiączka zwykła łagodna. 1. VI. 5 cm³ wł. krwi. Wieczorna ciepłota ciała 37·4°. 4. VI. 5 cm³ wł. krwi. Ciepłota 37·2°. 8. VI. Skóra zupełnie gładka, świąd ustąpił.

9 Zw. E. 17. letnia, przyjęta 31. X. Rozp.: świerzbiączka zwykła łagodna. 1, 4, 6, 8 i 14 XI. po 10 cm³ wł. krwi. Skóra zupełnie gładka, świądu niema od 4. XI.

10. W. W. 60. letnia, przyjęta 14. V. 1921. Rozp.: świąd starczy (*pruritus senilis*), trwający od 3 miesięcy. Świąd bardzo uporczywy występuje napadowo na całem ciele, mniej więcej 8 razy na dobę; napad trwa zwykle 1 godzinę. Zmian, wtórnych na skórze niema. 16, 18 i 20. V. po 10 cm³ wł. krwi. Świąd ustąpił zupełnie. Chora opuszcza klinikę na własne żądanie.

11. D. J. 66. letni, przyjęty 11. X. 1921. Rozp.: *Pruritus senilis. Eczema chronicum consecutivum extremitatis inferioris utriusque*. 13. i 16. X. po 10 cm³ wł. krwi. 19, 22 i 29. X. po 20 cm³ krwi. Świąd ustąpił w zupełności. Skóra na podudziach gładsza i nieco elastyczniejsza. W żadnym z powyższych przypadków nie stosowano środków zewnętrznych.

12. W. F. 8. letni, przyjęty 3. X. 1921. Rozp.: *Pityriaris rubra Devergie*. Typowe wykwity o typowej siedzibie, oprócz tego na całem ciele obfite łuszczenie się skóry wybitnie bruzdkowanej, ze śladami silnego drapania skutkiem uporczywego świądu. 10, 13 i 18. X. po 6 cm³ wł. krwi. 21. i 24. X. po 10 cm³ krwi. Wykwity na grzbiecie rąk nieco spłaszczone, świąd ogólny znacznie mniejszy. 27. i 29. X. po 10 cm³ krwi. Na grzbiecie rąk silne zaczerwienienie skóry i występowanie nowych guzków. Leczenia wstrzykiwaniami własnej krwi zaprzestano i rozpoczęto leczenie środkami zewnętrznemi oraz arsenem.

13. W. L. 41 letni, przyjęty 4. III. 1921. Rozp.: wyprysk ogólny w wielu miejscach sączący. 5. III. upust 100 cm³ krwi, 6. III. wstrzyknięcie 2 cm³ uzyskanej z tejże krwi surowicy. 12. i 13. III. ten sam zabieg, bez skutku. Od 16. III. do 19. IV. leczenie środkami zewnętrznemi oraz 7 wstrzyknięć olejku terpentynowego 20% w punkcie Klingmüllera. Świąd przejściowo mniejszy powraca w dawnem nasileniu. Ogólny stan przedmiotowy bez zmiany. 19, 21 i 23. IV. po 10 ccm własnej krwi. Świąd znacznie mniejszy. Chory odczuwa bardzo znaczną ulgę. 25. IV. Świąd wystąpił ponownie jednak nie w dawnej sile. 26 i 28 IV, 1, 3, 5, 9, 12, 14 i 15 V po 10 ccm wł. krwi, 5, 7 i 9 VI po 2· ccm wł. krwi. Ulga podmiotowa utrzymuje się przy dość znacznej poprawie stanu przedmiotowego zmian skórnych. 9 VI świąd znaczniejszy. 11 i 13 VI po 15 ccm wł. krwi bez wyraźnego dodatniego wyniku. Zaprzestano autohemoterapji i rozpoczęto dalsze leczenie słońcem górskiem (Bacha). Chory opuszcza klinikę 15 VII w stanie dobrym. Po 7 miesiącach ogólny nawrót wyprysku.

14. P. W. 16 letni, przyjęty 14 VI 1921. Rozpoznanie *Eczema en plaques disséminées*. Świąd bardzo silny. 15, 17, 20, 22 i 24 VI po 10 ccm wł. krwi. Świąd po drugiem wstrzyknięciu ustąpił, ulga podmiotowa utrzymuje się trwale, przedmiotowo wyprysk bez zmian. Pod maściami szybka i znaczna poprawa. Chory opuszcza klinikę 5. VII w stanie b. dobrym.

15. A. R., 49 letnia przyjęta 16 VI 1921. Rozpoznanie: *Eczema lichenificatum cruris dextri. Eczema papulatum regionis submammalis utriusque*. Świąd od lat sześciu. Chora przed laty dziesięciu chorowała na ataki astmy. 21 i 23 VI po 10 ccm wł. krwi, świąd nieco słabszy. 25 VI 15 ccm wł. krwi. Świąd występuje jedynie w nocy. 30 VI 10 ccm wł. krwi. 2 VII 15 ccm, 4 VII 20 ccm, 6 VII 14 ccm i 8 VII 16 ccm wł. krwi przy równoczesnem stosowaniu środków zewnętrznych. Przedmiotowo: guzki nieco spłaszczone przy utrzymanej lichenifikacji. Świąd bardzo nieznaczny. Chora opuszcza klinikę 9 VII.

16. F. L. 49 letni, przyjęty 30 XI Rozpoznanie: *Dermatitis medicamentosa universalis*. 1 XII 10 cm³ krwi z lewej żyły łokciowej w lewy pośladek. W dniu następnym świąd znacznie mniejszy w lewej połowie ciała. 5 i 12 XII po 10 ccm własnej krwi. 17. XII. Zaczerwienienie skóry ustąpiło zupełnie Świądu niema.

17. J. Wł. 23 letni, przyjęty 7 XII. Rozpoznanie: *Eczema madidans faciei cum pruritu gravi*. Wyprysk trwa od lat 7, występując kolejno w różnych okolicach ciała. Leczony kilkakrotnie środkami zewnętrznemi i promieniami Roentgena. Chory o chwiejnym układzie nerwowym. Rozpoznanie psychiatr.: Histerja. 8 XII 10 ccm wł. krwi. 15 i 17 XII po 20 cm³ wł. krwi. Świąd nieco mniejszy. Pod środkami zewnętrznemi (okłady z 3% wody borowej) wyprysk okazuje skłonność do poprawy, sączenie ustępuje, świąd coraz słabszy. W marcu 1922 chory wykazuje jako pozostałość po wyprysku łuszczenie skóry twarzy. Nie uskarża się na świąd zupełnie.

18. B. K. 30. letnia, przyjęta 19. I. 1922. Rozp. dermatologiczne: *Dermatitis herpetiformis Duhring*. Rozp. intern.: *destructio tbc. pulmonis dextri*. 20 I 20 cm³, 25 I 20 cm³ wł. krwi. Świąd dość znacznie zmniejszony. Przedmiotowo bez zmiany. Wystąpienie nowych pęcherzy. 30 I 20 cm³ wł. krwi. Dreszcze. Wieczorne podniesienia ciepłoty ciała do 39° i wyżej Badanie wewnętrzne wykazuje uczynnienie sprawy gruźliczej, jako przyczynę gorączki i upośledzonego stanu ogólnego. Leczenia krwią zaprzestano.

19 B. A inwalida, 27. letni, przyjęty 10. III. 1922. Dolne kończyny odjęte w poziomie dolnej trzeciej ud. Wygodne protezy. Rozp. dermatolog.: *Erythema urticatum*, trwające bez przerwy od 4 tygodni. 11. III. 20 cm³ wł. krwi. W pół godziny po wstrzyknięciu wszystkie bąble pokrzywkowe ustąpiły. Wieczorem (po 6 godzinach) nawrót pokrzywki. 12. III. 20 cm³ wł. krwi z tym samym skutkiem. 13. III. 20 cm³ wł. krwi. 14. III. Bąble rzadsze, płaskie, 20 cm³ wł. krwi. W dniach następnych pokrzywka pojawia się na krótki przeciąg czasu, o ile chory, który przez cały czas leczenia leżał w łóżku, wstaje i zakłada protezy. Nawroty te jednak ustępują samoistnie. Ostatni nawrót krótkotrwały po założeniu protez już na stałe, znika podobnie. Chory po kilkudniowej obserwacji bez objawów opuszcza klinikę.

20. L., 35. letni, zgłosił się 16. IV. 1921. Rozp.: *Neurodermitis circumscripta*, usadowiona w zgięciach podkolanowych i łokciowych, oraz w okolicy części płciowych. Świąd bardzo silny. Od 16. IV. do 15. V. leczony środkami zewnętrznemi. 15. V. 10 cm³ wł. krwi śródmięśniowo. Ból w miejscu wstrzyknięcia pojawia się po 3 godzinach i trwa około 6 godzin. Na drugą noc po zabiegu wybitna poprawa. świąd znacznie mniejszy. 17. V. 10 cm³ wł. krwi. Następuje pierwsza noc bez świądu. 19. V. 10 cm³ wł. krwi. Ból miernego stopnia w nodze. Następują noce spokojne, bez świądu. Pacjent czuje się zdrów. Świąd pojawia się tylko czasami w dzień. Do 4 VI. dalsze 3 wstrzyknięcia po 10 cm³. Przez ostatnie dwa dni świąd nieco silniejszy. 14. VII. Po dalszych dwóch wstrzyknięciach (ogółem 8) zupełne wyleczenie. Skóra wygładzona bez guzków. Jedynie pod kolanami ślad dawnych zmian. Przy kontroli dnia 8. X. 1921 skóra jedynie w przegubach nieco zgrubiała i trochę świędzi.

21. J. J. 38. letni, przyjęty 16. III. 1922. Rozpoznanie: P o k r z y w k a gęsto rozmieszczona na całym tułowiu i kończynach. W wywiadach chory podaje, że od 9 lat cierpi na silny świąd występujący napadowo co tydzień i utrzymujący się za każdym nawrotem przez 24 godzin. Obecnie widoczne bąble trwają od 3 dni. 16 i 19. III. po 10 cm³ krwi. Djeta szpitalna normalna, mięsna. 20. III. Żadnych wykwitów skórnych niema, chory nie odczuwa świędzenia.

22. K. W. 6 letnia, przyjęta 18. IV. 1922. Rozpoznanie: *Eczema en plaques disséminées*. Ogniska wyprysku nierównomiernie rozrzucone na skórze głowy nieowłosionej, tułowia i kończyn. 19. IV. 10 cm³ wł. krwi śródmięśniowo. 21. IV. Zaczerwienienie miejsc zajętych wypryskiem częściowo ustąpiło. Łuszczenie nieco obfitsze. Ponownie 10 cm³ wł. krwi. 24. IV. Ogniska wyprysku coraz bledsze i gładsze. Ognisko dotąd sączące poza małżowiną uszną prawą sączyć przestało. 25. IV. 10 cm³ wł. krwi. 27. IV. 4 cm³ wł. krwi. Stan 30. IV. Łuszczenie ustąpiło. Ogniska wyprysku przybrały wygląd plam miejscami różowawych, miejscami brunatnawo-żółtych, zupełnie gładkich. Dalsze leczenie środkami zewnętrznemi (pasta cynkowa z dodatkiem 2% thigenolu) doprowadza do szybkiej i ostatecznej poprawy.

23. Km. M. 21 letnia mężatka, zgłosiła się 21. IV. 1922. Wywiady: od 20. XII. 1921 amenorrhoea z powodu ciąży. W styczniu 1922 wystąpił świąd na przedramionach. Od miesiąca świąd pod pachami, na ramionach, karku i szyji. Od dwóch tygodni świąd pod kolanami. Świąd tak silny, że powoduje bezsenność. Rozpoznanie: *Pruritus in gravida. Eczema lichenificatum dorsi manus utriusque*. Liczne ślady drapania na przedramionach. 21. IV. 10 cm³ wł. krwi. Środków zewnętrznych nie stosuje się. 24. IV. Poprawy żadnej niema. 10 cm³ wł krwi. 25. IV. W nocy świąd ustąpił, występując tylko chwilami. 26. IV. Świąd tylko w dzień, występuje chwilami na rękach. szyji i piersi. Chora sypia i odczuwa znaczną poprawę podmiotową. 10 cm³ wł. krwi. 28. IV. W nocy nawrót świądu miernego stopnia. 10 cm³ wł. krwi Dotkliwy ból w pośladku zaraz po wstrzyknięciu. 1. V. Ból w miejscu wstrzyknięcia ustąpił po dwudniowem trwaniu. Świąd pojawia się 3—4 razy w ciągu dnia na przeciąg 2 minut na barkach i ramionach. 10 cm³ krwi. 7. V. Chora świądu nie odczuwa. Na wyprysk rozpoczęto stosować pastę cynkową z dodatkiem 2% thigenolu. 14. V. Świądu niema. Zmiany wypryskowe ustępują szybko. Przez cały czas leczenia nie wykazano białka w moczu.

W powyższem krótkiem zestawieniu przypadków, zebranych z różnych działów i należących do różnych grup chorób, widzimy jeden objaw stały, wszystkim tym schorzeniom towarzyszący, a mianowicie świąd. I ten objaw stanowi główne uzasadnienie zestawienia wymienionych schorzeń obok siebie, a zarazem, jak już naprzód zaznaczyć muszę, był dla nas główną wytyczną w doborze przypadków dla stosowania leczenia krwią własną. A wytyczną taką stać się musiał przez rozważenie pierwszych korzystnych wyników leczenia w ramach teorji, mogącej je wytłómaczyć, względnie zrozumienie jego działania ułatwić.

Wśród zaburzeń czuciowej równowagi skóry, tego stanu *eudermji*, który zwierzę czy człowiek instyktownie stara się utrzymać przez ciągłe podświadome i świadome zabiegi, zmierzające przedewszystkiem do usunięcia drobnych nieraz, a już dających się odczuć wpływów mechanicznych, z zewnątrz pochodzą ych, świąd zajmuje miejsce osobne; niecałkiem daje się on nawet pomieścić w grupie przeczulic, choć tak jak one często, tak i on czasem może przejść w dermalgję — uczucie wyraźnego bólu. Naogół jednak w swoich przejawach, tak bardzo zmiennych, jak różne są jego przyczyny, pozostał zaburzeniem czucia, najmniej ze wszystkich zaburzeń uchwytnem i posiadającem jedną chyba cechę charakterystyczną, tę mianowicie, że wywołuje potrzebę drapania skóry, wedle klasycznego określenia: *sensatio tristis, desiderium scalpendi excitans* W kategorji przyczyn wewnętrznych, mogących być powodem świądu, obok trujących ciał, które, czy to jako lek, czy to jako środek spożywczy zostały do ustroju wprowadzone, poczesne miejsce zajmują samozatrucia różnego rodzaju. Mieszczą się w tem szerokiem pojęciu zarówno choroby przemiany materji (ukrzyca, skaza moczanowa itp.) jak też i to przedewszystkiem te zatrucia ustroju, których powodem są zaburzenia w prawidłowem trawieniu, cechujące się zwykle banalnemi tylko objawami ze strony przewodu pokarmowego, dające jednak często poważniejsze objawy ogólne, i powodujące wśród innych objawów skórnych jak często świąd. Od tej kategorji przyczyn, których istotą jest zatrucie ustroju, bliskiem i łatwem jest przejście do tego, czem zwykło się tłómaczyć, dlaczego jeden ustrój na tę samą przyczynę oddziaływa inaczej, niż inny: do anafilaksji, tego stanu wzmnożonej czułości, nabytego przez ustrój często w sposób nie dający się stwierdzić, a objawiającego się zaburzeniami ze strony różnych narządów, np. ze strony narządu oddechu takiem jak dusznica, ze strony skóry takiemi, jak świąd i związane z nim ściśle schorzenia skórne (pokrzywki itp.). Bez wątpienia świąd, o ile jest wywołany zatruciem ustroju, jest objawem anafilaktycznym, wyrazem anafilaksji ogólnej. Ale nietylko to; bo obok nadwrażliwości ustroju, w której objawach może brać udział skóra równorzędnie z innemi narządami, skóra sama, jako narząd, posiadać może zdolność do odmiennego od normy i wzmożonego oddziaływania na bodźce do niej docierające, posiadać może nadwrażliwość osobniczą, komórkową. Przemawiają za tem doświadczenia B r u c k a [4]), który z chorego z wyraźną idiosynkrazją na rtęć przeszczepił płat skóry na człowieka zdrowego i wykazał, że ten płat i to tylko ten zachował swą nadmierną wrażliwość na ten lek. Co więcej: wcierając w skórę zdrowego człowieka rozcierkę skóry, nadmiernie czułej na jodoform, wraz z jodoformem uzyskał na skórze zdrowej, uprzednio normalnie oddziałującej ten sam odczyn zapalny, jaki charakteryzował skórę, tak na jodoform wrażliwą. Wniosek, dający się stąd wyciągnąć, byłby ten, że jeśli świąd występuje z powodu innych zupełnie przyczyn, niż poprzednio wymienione, a mianowicie pod wpływem czynników zewnętrznych, przedewszystkiem ciał chemicznych, to i wtedy mamy do czynienia z anafilaksją ograniczoną do skóry samej. z allergicznem oddziaływaniem narządu uczulonego na pewien czynnik obcy.

Anafilaksja ogólna ustroju może ujawnić się jako wstrząs silny, jednorazowy, i z przejściem jego zniknąć, może jednak istnieć jako krócej lub dłużej trwały stan uczulenia ustroju i ujawniać się co pewien czas objawami ze strony różnych narządów W obu razach, a szczególnie w tym drugim, bliżej nas obchodzącym wypadku, wyłania się pytanie, jak ustrój, tak uczulony, jego wzmożonej wrażliwości pozbawić i występowaniu jej objawów zapobiedz. Od czasów B e s r e d k i nie brakło prób w tym kierunku. Przedewszystkiem w kierunku antianafilaksji specyficznej, której dokonywano w ten sposób, że przed ponownem wprowadzeniem do ustroju ciała obcego (białka czy surowicy) uczulającego (anafilaktogenu) wprowadzano, zwykle drogą pozajelitową, minimalną ilość tego ciała. Skutek

był zwykle dodatni, to znaczy, że zdołano uchronić ustrój przed ponownym wstrząsem anafilaktycznym — co określono mianem skeptofilaksji albo zdołano desenzybilizować ustrój na stałe lub przynajmniej na dłuższy przeciąg czasu. Szybko dokonało się przejście od antianafilaksji swoistej do nieswoistej, gdy tylko spostrzeżono, że zamiast anafilaktogenu właściwego, można z dobrym skutkiem użyć wogóle białka obcego dla danego ustroju, peptonu [6]) i wreszcie całego szeregu ciał chemicznych różnorodnych, jak chlorku sodu, chlorku baru, oleinianu sodu i wielu innych. Proteinoterapja, w najszerszem tego słowa znaczeniu, zaczęła rozszerzać gwałtownie pole swego działania, zużywając coraz większy zasób środków stosowanych, białkowych i niebiałkowych, oraz sporo teorji, mających wytłómaczyć sposób ich działania. Nie jest mojem zadaniem zebranie tych wszystkich poglądów, które znalazły niejedno krotnie swe odbicie w nazwie, mającej zastąpić bardzo ogólną i nieścisłą nazwę proteinoterapji; wystarczy wskazać na te polskie prace, w których teorje te i hipotezy są wszechstronnie omówione [7]). Ograniczam się więc do przytoczenia tych spostrzeżeń z zakresu proteinoterapji, które poczyniono w stosunku do schorzeń skórnych, czerpiąc z dostępnego mi piśmiennictwa tylko te fakty, które mogą oświetlić mój ściślejszy temat.

Wśród środków stosowanych znalazły się wkrótce w rzędzie ciał białkowych krew i surowica krwi, najpierw pobrane z ustroju obcego (Praetorius, Heuck, Linser [8]), potem surowica krwi i krew własna chorego. Przy wyborze tych ostatnich środków był naturalnie miarodajny fakt ten, że materjał, pobrany z żyły samego chorego najmniej stosunkowo jest zależny od wpływów i czynników zewnętrznych, a za naturalny i jakby sam przez się zrozumiały cel zaczęto uważać desenzybylizację skóry nadmiernie czułej (Spiethoff). Wspomniany wyżej podział na anafilaksję ogólną ustroju i allergję właściwą skórną, jest w tych doświadczeniach już dość ściśle przeprowadzony przez Spiethoffa [9]), który wstrzykiwaniem surowicy krwi i krwi własnej chorego uzyskiwał nietylko dobre wyniki lecznicze w wypadkach świądu, świerzbiączki, pokrzywki, pęcherzycy, choroby Duhringa i przewlekłego wyprysku (l. c. sub 3.), ale także desenzybilizację skóry, silnie oddziałującej zadrażnieniem na środki zewnętrzne w wyprysku sączącym i w łuszczycy (l. c. sub 9.) Surowica własna chorego, używana do tych zabiegów, pochodziła nietylko z krwi pobranej z żyły chorego i odwłóknionej (technika podana przez Spiethoffa) Często, jeśli pierwsze wstrzykiwania nie dały odczynu ogólnego, mieszano ją z surowicą obcą tego samego gatunku [10]). W przypadkach pęcherzycy surowicę zbierano z pęcherzy na skórze chorego w drobnych ilościach, co zapewne było sposobem żmudnym, ale w wynikach swoich bardzo zachęcającym do prób dalszych („auto-sero-wakcyno-terapja“ Lenartowicza [11]). W spostrzeżeniach przytoczonych wyżej góruje fakt, że wszędzie tam, gdzie uzyskano dobry wynik, a nawet tam, gdzie nie obeszło się bez leczenia środkami zewnętrznemi, wpływ surowicy czy krwi na świąd był wyraźny, np. w wyprysku przewlekłym (Spiethoff). Charakterystyczny jest przeto tytuł pracy Linsera: „o leczeniu swędzących chorób skórnych normalną surowicą ludzką“ [12]), bo świadczy o tem, że świąd, jako taki, uważano za właściwą domenę leczenia surowicą.

Wśród chorób w których podejmowano te próby, nagół nie było systemu; nie brak wśród nich, jak wspomniano, pęcherzycy i np. *impetigo herpetiformis.* Czy w tej ostatniej skutek leczniczy da się odnieść do desenzybilizacji skóry, czy do wpływu terapji białkowej na wysięk i przesiąk (wedle zapatrywań Luithlena [13]), czy wreszcie do dostarczanych ustrojowi brakujących mu hormonów (Walter [14]), osądzić trudno Wobec tego, że w patogenezie tego cierpienia niewiele tylko przemawia za anafilaksją, jako tłem, to raczej ostatnie przypuszczenie: przypuszczenie niedomogi w wewnętrznem wydzielaniu wespół z zapatrywaniem Luithlena zbliża nas do zrozumienia działania na zmiany chorobowe. Jeszcze trudniej byłoby wyjaśnić wyniki, jakie osiągnął Stümpke [15]) w liszaju czerwonym, tem bardziej, że spostrzeżenie to jest odosobnionem zupełnie.

D. n.

Dr. L. Füllenbaumówna i Dr. D. Goldmanówna. Lwów.

Przyczynek do patogenezy tocznia rumieniowatego.

Z oddziału skórno-wenerycznego Szpitala Państwowego powszechnego we Lwowie.

Prymarjusz Doc Dr. Roman Leszczyński.

Przyczyna powstawania tocznia rumieniowatego *(Lupus erythematodes)* nie jest dotychczas dostatecznie wyjaśniona. Część autorów przyjmuje, że toczeń rumieniowy jest pochodzenia gruźliczego. 1) Albowiem, chociaż ani w skrawkach nie udało się w sposób niewątpliwy wykazać laseccnika gruźliczego, ani drobnowidowo toczeń ten nie wykazuje utkania gruźliczego, to jednak powiodło się Gougerot'owi, Ehrmanowi i Reinesowi wywołać u nich zmiany gruźlicze przez przeszczepienie tkanki tocznia tego na zwierzęta. Te same wyniki mieli Br. Bloch, H. Fuchs. 2) Jadassohn, E. Hoffmann, Br. Bloch, Siebert i inni otrzymywali po wstrzyknięciu tuberkuliny odczyn miejscowy w ogniskach tocznia rumieniowatego nawet bardzo odległych od miejsca wstrzyknięcia. W jednym przypadku E. Hoffmanna wystąpiło nawet po wstrzyknięciu 0,01 mg tuberkuliny obok odczynu miejscowego rozsianie się L. e. 3) Za gruźliczem pochodzeniem tocznia omawianego przemawia też równoczesne pojawienie się tego schorzenia z toczniem zwyczajnym i tuberkulidami oraz związek, jaki spostrzega się między toczniem a gruźliczemi schorzeniami gruczołów szyjnych. Delbanco po usunięciu zołzowych gruczołów szyjnych widział ustąpienie tego tocznia. Gdy po 2 latach wystąpił nawrót gruźlicy tych samych gruczołów, znów pojawił się u tego chorego toczeń rumieniowy na twarzy. Podobne spostrzeżenia podali Bender, Meszczerskij, Pospelow, Darier i de Bourman widzieli częste występowanie toczni w bliznach po schorzeniach gruźliczych skóry. Ponadto wielu autorów stwierdziło u chorych na L. e. obciążenie dziedziczne gruźlicą. Okoliczności jednak, jak niewykazanie dotąd bez zarzutu prątka gruźliczego w ogniskach L. e., budowa drobnowidowa w żadnym okresie tego schorzenia nie przypominająca utkania gruźliczego, rzadkie znajdowanie u osobników z L. e. przy autopsjach równoczesnych większych zmian gruźliczych, wszystko to poważnie narusza gmach dowodów zwolenników gruźliczej natury L. e. Ostatecznie dochodzą oni do przekonania, że o ile gruźlica nie jest wprost wywołującym momentem, to przynajmniej istnienie tejże, czyni ustrój podatnym do wtargnięcia nieznanego dotychczas jadu, będącego przyczyną L. e.

Wszelkiego związku z gruźlicą odmawiają toczniowi rumieniowemu autorowie angielscy, jak Mac Leod, Galloway, Sequeira, twierdząc że ten toczeń jest miejscowym wyrazem przeładowania krwi jadami (toxaemią) rozmaitego pochodzenia. Z podobnem zapatrywaniem spotykamy się obecnie coraz częściej.

Gennerich w swej pracy ogłoszonej w r. 1921 (Archiv f. Derm. u. Syph. t. 135) dochodzi na podstawie doświadczeń i spostrzeganego przypadku do wniosku, że L. e. jest spowodowany wejściem w krążenie jadów uwolnionych podczas rozpadu gruczołów chłonnych. Powodem rozpadu może być zarówno gruźlica jak i najrozmaitsze inne sprawy chorobowe. Uważa on mianowicie, że w czasie rozpadu zostają uwolnione zaczyny zawarte w limphocytach. One działają podobnie jak białko obce (heterologizowane) i stanowią istotę toksyn tocznia rumieniowego.

Ulegają one jużto powolnemu wchłonieniu, jużto dostają się do krwiobiegu odrazu w znaczniejszej ilości i działają trująco na ustrój. W pierwszym przypadku, powodują one w skórze podatnej zmiany charakterystyczne dla przewlekłego tocznia rum., w drugim objawy anaphylaxii i obraz ostrego tocznia rumieniowatego. Gennerich podnosi, że skóra twarzy wystawiona na działanie bodźców, jakoto światła, powietrza,

mechanicznych czynników, jakoteż zawierająca wielką ilość naczyń włosowatych, jest odpowiedniem podłożem do działania tych jadów. Kreibich (Archiv f. Derm. u. Syph. 1921 tom 133) również przypisuje gruczołom chłonnym wielkie znaczenie, uważając je niejako za źródło tej sprawy chorobowej. W trzech przypadkach opisanych stwierdził powiększenie gruczołów chłonnych w okolicy mięśnia mostkowo-obojczyko-sutkowego, w okolicy obojczyków, w pachach i do okoła wnęki płuc. Równocześnie zauważył w dwóch przypadkach zaostrzenie sprawy po zadziałaniu promieni słonecznych (insolacji). Otrzymał też to samo zjawisko po naświetlaniu doświadczalnem lampą kwarcową i Roentgenem. Zdaniem jego promienie świetlne, zarówno słońca jak i inne, posiadają zdolność uruchomiania jadów gruczołów chłonnych i tą drogą wywołania pogorszenia sprawy toczniowej. Przypominamy, że już Volk i Gross wstrzykiwali świnkom morskim różne antigeny, między innemi tuberkulinę, i spostrzegali uczulenie skóry szczególnie na promienie ultra-fioletowe. Tem tłumaczyłyby się znane pogorszenia tocznia rum. występujące na wiosnę. Podobny związek światła słonecznego z tym toczniem zauważyliśmy u chorej pozostającej w naszem leczeniu z powodu przewlekłego rozsianego L. e. W krótkości podajemy historję choroby:

K. B. 16 lat, w dzieciństwie przebywała tylko odrę. Obecna choroba trwa od 4 lat; przez cały czas chora pozostawała w leczeniu. Zmiany rozpoczęły się na twarzy, następnie wystąpiły na kończynach. Ostrych ataków tocznia nigdy nie było. Obciążenia gruźliczego dziedzicznego nie ma. Dotychczas chora nie miesiączkowała.

Stan obecny: 19/5. 1921. Na skórze twarzy można zauważyć liczne blizenki, w szczególności na końcu nosa. Obok nich ogniska sinawo różowe, wielkości soczewicy do grochu, nieodgraniczone ostro, częściowo zlewające się ze sobą, częściowo pokryte drobnemi łuskami, przylegającemi silnie do podstawy. Typowych złogów łojowych nie było. Podobne zmiany na grzbiecie obu rąk, przyczem wybitne zasinienie skóry. Po stronie dłoniowej palców wyraźne rozszerzenia naczyń. Błony śluzowe jamy ustnej wolne, narządy wewnętrzne bez zmian. Gruczoły podszczękowe, głównie po stronie lewej, dalej obustronne wzdłuż mięśni bocznych szyji, oraz w pasze prawej nieznacznie powiększone. Powiększenia gruczołów wnęki płuc Roentgenem nie dało się wykazać. S. R. dała wynik ujemny.

21/6. 1921. Po wstrzyknięciu tuberkuliny podskórnie (0.0001) nie było reakcji, ani ogólnej, ani miejscowej, ani ogniskowej.

6/7 1921. Popołudniowe podwyższenie ciepłoty do 38°, znaczniejszy obrzęk twarzy, wybitniejsze zaczerwienienie, obok tego mały pęcherzyk ropny na prawym policzku.

Ponieważ chora w owym czasie przepędzała znaczną część dnia na wolnem powietrzu, a w szczególności poprzedniego dnia siedziała długo na słońcu, uważano zaczerwienienie i obrzęk twarzy za rumień słoneczny. Zmiany te na twarzy w miernym stopniu i podwyższenie ciepłoty do 38° utrzymywały się przez kilka dni.

14/7 objawy te znacznie się wzmogły, przyczem dały się zauważyć liczniejsze, małe pęcherze, wypełnione treścią mętną na twarzy i tułowiu.

Od 21/7. 1921 ciepłota popołudniowa dochodziła do 38°, a 24/7 do 40·8°, równocześnie silniejszy obrzęk i zaczerwienienie prawego policzka. Zmiany przypominały różę.

25/7 zaczerwienienie posunęło się na lewy policzek a równocześnie wystąpił obrzęk i bolesność gruczołu podszczękowego prawego.

26/7 obrzęk tego gruczołu zmniejszył się, a pojawił się obrzęk i bolesność gruczołu podszczękowego lewego.

27/7 śpiączka, zupełna nieprzytomność, oddech przerywany, sztywność karku, Kernig (meningismus), silna bolesność dotykowa gruczołu podszczękowego lewego oraz mięśni bocznych szyji po stronie lewej, objawiająca się gwałtowną reakcją chorej mimo stanu zupełnej nieprzytomności. Tętno przyśpieszone małe. Stan ciężki utrzymywał się, a 30/7 dołączył się niedowład nerwu twarzowego prawego i bezwiedne oddawanie stolca i moczu. Podczas tego ciężkiego stanu chorej, występował kilkakrotnie zupełny zapad, który zwalczano wstrzykiwaniami oliwy kamforowej. Jako leczenie stosowano u chorej nadto wlewania podskórne rozczynu fizjologicznego soli kuchennej codziennie 1 litr, dalej co drugi dzień 3 gr. 10% kollargolu wśródmięśniowo i środki nasercowe. Jeden raz zastosowano odciągnięcie krwi pijawkami i na kark maść Crédego. Odżywiano chorą przy pomocy lewatyw.

1/8 rozpoczęło się powolne polepszanie się stanu chorej, stopniowo powracała przytomność i regularne oddechy. Ciepłota spadła prawie krytycznie i utrzymywała się od 37—37·9°. Objawy meningismus trwały jeszcze przez szereg dni, przytem przejściowo pojawiały się wymioty, szczękościsk i trudność połykania. Te ostatnie spowodowane najprawdopodobniej głębokim naciekiem w okolicy podszczękowej lewej. W tym czasie zauważono również afazję motoryczną, trwającą przez kilka dni.

7/8 Chora mówi wyraźnie, naciek podszczękowy wsysa się, objawy meningismus jakoteż dotychczasowe silne bóle głowy ustępują. Stan ciepłoty stale podgorączkowy.

10/8 Podwyższenie ciepłoty do 39·6°, spowodowane ropniem głębokim na ramieniu lewem. Ropień ten nacięto. W kilka dni później występuje wśród stałego podwyższenia ciepłoty ropień przerzutowy w śliniance przyusznej lewej, jakoteż liczne ropnie przerzutowe na skórze głowy na tułowiu, w okolicy pachwinowej, nad wzgórkiem łonowym. Mimo nacinania ropni ciepłota podwyższona do 39°, stale się utrzymuje jako wyraz ropnicy.

Objawy ropnicy lżejszego stopnia; ciepłota do 38°, stale suchy język, bez zmian narządów wewnętrznych, trwają jeszcze miesiąc po wygojeniu się zupełnem wszystkich ropni. Od początku października ciepłota i ogólny stan chorej wracają powoli do normy. Podczas ostrego okresu choroby prawie zupełnie zatarły się poprzednio opisane ogniska przewlekłego tocznia rumieniowatego. Obecnie na nosie widoczne są złogi wydzieliny łojowej, przylegające silnie do podstawy, pozatem małe blizenki na twarzy i rękach.

18/10. Wystąpiły u chorej, powtarzające się przez kilka dni z rzędu silne krwotoki nosa, będące następstwem zmian zanikowych na błonie śluzowej nosa. Krwotoki usunięto przez przyżegnięcie obnażonych naczyń krwionośnych. Laryngolog Dr. Spalke, uważał zmiany te za wywołane podstawowem cierpieniem chorej (L. e.).

Od początku listopada występują od czasu do czasu przejściowe podwyżki ciepłoty i równoczesne zaostrzenia zmian tocznia rum. na twarzy i rękach. Dookoła drobnych blizenek widzimy zmiany rumieniowate, obrzęk i lekkie zasinienie: równocześnie dolegają chorej dość uporczywe biegunki (!!)

Omówienie: Gdyśmy chorą obejmowali w leczenie, mieliśmy przed sobą obraz przewlekłego tocznia rumieniowatego rozsianego. Zmiany znajdowały się na twarzy i kończynach. W czasie pobytu w szpitalu przed naszemi oczyma nastąpiło pod wpływem promieni słonecznych nagłe pogorszenie. Wśród ciężkich objawów ogólnych L. e. przewlekły przeszedł w stan ostry (L. e. *acutus*). W pewnym momencie obraz bardzo przypominał różę.

Wnet zapanowały jednak objawy mózgowe, objawy posocznicy i ropnicy. Obok tego zwracał uwagę wybitny udział gruczołów szyjnych i podszczękowych. W tym czasie objawy skórne usunęły się na dalszy plan. Po przejściu głównej fali spostrzegaliśmy jeszcze przez szereg tygodni zaostrzenia tak, że można było mówić o stanie ropnicowym przewlekłym.

Podobieństwo obrazu chorobowego do róży, wyjaśnimy przypomnieniem, że właśnie takie ostre przypadki skłoniły Kaposiego, który pierwszy je opisał, do użycia określenia „*erysipelas perstans faciei*".

Przypadek nasz zasługuje na uwagę przez to, że mogłyśmy spostrzegać bezpośrednio przejście tocznia przewlekłego w tocznia rumieniowego ostrego, że przytem znaną nam była przyczyna tego zjawiska. Wpływ prowokujący promieni słonecznych przez nas stwierdzony zgadza się ze spostrzeżeniami Kreibicha, Z drugiej strony udział wybitny gruczołów w przebiegu zaostrzenia zbliża nasz przypadek do przypadków Gennericha. W ten sposób obserwacja nasza staje się pomostem między poglądami obu autorów. Ze zjawisk przez nas widzianych wypływałoby, że w patogenezie ostrego tocznia rumieniowatego, grają rolę przynajmniej dwie składowe. Z jednej strony uczulenie skóry jadami pochodzenia gruczołowego (Gennerich, Gross i Volk), z drugiej prowokujący wpływ promieni świetlnych (Kreibich). Jako trzeci czynnik trzebaby przyjąć jakieś zakażenie. W naszym przypadku nie była to chyba gruźlica, gdyż wynik badania klinicznego w tym kierunku, wywiady, Roentgen i próba tuberkulinowa wypadły ujemnie.

Z praktyki.

Dr. med. J. Merenlender, b. ord. szpit. wen. w Skierniewicach.

Bizmut, jako środek przeciwkiłowy.

(Dokończenie)

Najciekawszy był przypadek pierwszy. Chory miał bardzo ciężką kiłę, która bardzo powoli ustępowała pod wpływem leczenia i zniewalała do zastosowania salwarsanu (Neosalvan-Grodzisk). W końcu kuracji nastąpiła znaczna poprawa stanu ogólnego i samopoczucie było o wiele lepsze.

Nie odczuwał on bolesności dziąseł oraz nie miał nacieków od zastrzyków. Ale po 10-tym zastrzyku wystąpił nawrót kiły w postaci guzka koło otworu stolcowego. Chorzy I i II odczuwali bolesność dziąseł szczególnie w pierwszych dniach po zastrzykiwaniu bizmutu. Co do nacieków w miejscach zastrzyków, to tworzyły się one u ostatnich trzech chorych prawie stale i przytem były bolesne. Bolesność [1]) występowała zwykle w ciągu pierwszej nocy po zastrzyknięciu i trwała 4—5 dni, tak, że zmuszała do stosowania leczenia tylko raz na tydzień. Czwarty chory S. tak cierpiał z bólu, że trzeba było po trzech zastrzykach przerwać kurację bizmutową. Gorączki krętkowej u chorych nie spostrzegałem. Podrażnień skóry lub samych ubocznych działań bismutu też nie stwierdziłem. Niżej podana tabela wykazuje poglądowo, jakie zdołałem osiągnąć wyniki.

Przypadki	Ilość otrzymanych zastrzyków	Zniknięcie krętków: po ilu zastrzykach	Zniknięcie krętków: w ile dni po rozpoczęciu leczenia	Zniknięcie wykwitów kiłowych: po ilu zastrzykach	Zniknięcie wykwitów kiłowych: w ile dni po rozpoczęciu leczenia	Odczyn Wassermanna: Początek leczenia 10/III	Odczyn Wassermanna: 20/III	Odczyn Wassermanna: 4/IV	Odczyn Wassermanna: 24/IV
I	11	3	6	5 (recydywa po 9 zastrz.)	17	++++	++	++++	++++
II	8	1	2	2	6	++++	ujemny	ujemny	++++
III	10	nie badano	nie badano	3	7	++++	++	++++	++++
IV	3	1	2	3	9				++++

Krętki znikały z wykwitów po dwóch dniach i po jednym zastrzyku bizmutu, za wyjątkiem pierwszego przypadku, który zaliczam do kategorji ciężkich i w którym krętki znikły po sześciu dniach i dopiero po trzech zastrzykach. Objawy kiły znikały po dwóch, trzech zastrzykach w ciągu 6—9 dni z wyjątkiem znów pierwszego chorego, u którego objawy zginęły dopiero po upływie 17-tu dni i po piątym zastrzyku. Natomiast odczyn biologiczny Wassermanna zupełnie zawiódł. Doznałem wielkiego rozczarowania, gdy odczyn Wassermanna okazał się w końcu leczenia tak samo dodatnim, jak i przed leczeniem. Muszę zwrócić uwagę na następujące dwa fakty:

1) w trzecim przypadku dwa środkowe odczyny Wassermanna były ujemne,

2) u pierwszych trzech chorych zaznaczyło się po pierwszych zastrzykach pewne wahanie odczynu Wassermanna: I i III przypadki reagowały dwoma krzyżami.

Możliwe, że mamy tu do czynienia z jakiemś »początkowem ujemnem wahaniem« odczynu Wassermanna, tak, że potem może następuje trwalsze stałe pozostawanie ujemnego Wassermanna. To jest moje przypuszczenie.

Niestety nie mogłem dalej spostrzegać tych przypadków, gdyż z powodu demobilizacji, nie miałem możności dalej przeprowadzić leczenia bizmutowego i dalej obserwować tych chorych.

W pracy swej, opublikowanej w »Münchner med. Woch.« (N. 15 b. r.), podaje Hugo Müller, iż spostrzegał w 5-iu przypadkach ujemny odczyn Wassermanna po 8—10 zastrzykach bizmutu, co się nie zgadza z mojemi spostrzeżeniami. W tejże pracy podaje on, że według spostrzeżeń Fournier'a i Guènot'a przy leczeniu bizmutem wczesnych wtórnokiłowych przypadków, pozostawał odczyn Wassermanna dodatni po pierwszej serji (10) zastrzyków. Odczyn stawał się ujemnym dopiero po drugiej ewentualnie po trzeciej serji zastrzyków, t. j. po upływie dwóch do trzech miesięcy

Müller wypróbował bizmut (winian bizmutu) w 25 przypadkach przeważnie kiły wtórnej i otrzymał bardzo dobre i szybkie wyniki; w siedmiu przypadkach twardych wrzodów krętki znikały na trzeci dzień po pierwszym zastrzyku. Nakłucia gruczołów chłonnych po 8 dniach nie wykazywały krętków. Gorączkę krętkową spostrzegał on w postaci minimalnego podwyższenia ciepłoty.

Marie i Fourearde spostrzegali wpływ leczenia »trepol'em« w dziesięciu przypadkach kiły centralnego układu nerwowego (kilaki mózgu, myelitis transversa) i porażenia postępującego. Porażenie pozostało bez zmiany, gdyż bizmut nie wywarł żadnego wpływu. Natomiast kiła centralnego układu nerwowego okazała bardzo szybkie polepszenie.

Zbierając wyniki doświadczeń z bizmutem na zasadzie dotychczasowych spostrzeżeń, dojdziemy do wniosku, że jest to środek bardzo energiczny, oraz w skutkach (szybko usuwający objawy) zbliżony do salwarsanu. Lek ten jest cennym nabytkiem w lecznictwie, chociażby dlatego, że mamy do rozporządzenia jeszcze jeden środek swoisty przeciwkiłowy, który może się przydać w przypadkach, kiedy to rtęć i salwarsan nie wywierają dostatecznego wpływu.

Natomiast, pomijając bolesność dorównującą kalomelowi oraz skłonność do szkodliwej impregnacji dziąseł, sprawa z odczynem Wassermanna (zachodzi podobieństwo do jodu, który również nie ma wpływu na odczyn Wassermanna) jest mniej pocieszającą i zmusza nas do zachowania się z rezerwą względem tego preparatu i do wyczekiwania na dalsze badania kliniczne.

Sprawozdania poglądowe

Prof. Dr. Włodzimierz Łukasiewicz. Lwów

O leczeniu chorób skórnych i wenerycznych nieswoistemi ciałami białkowemi i kolloidowemi.

Z kliniki dermatologicznej Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie.

Dyrektor Prof. Dr. Wł. Łukasiewicz.

(Dokończenie).

Obok białka mogą jeszcze inne połączenia podobnie działać. Przypomnę, iż, kiedy zaczęto stosować tuberkulinę Kocha przy toczniu, Spiegler zwrócił uwagę na podobne działanie ogólne i miejscowe, które powoduje benzol, aceton, thiosinamin itd. Liebreich stwierdził to samo stosując kantarydin i sól, a Moro atoksyl.

W najnowszych czasach podnoszono przy stosowaniu rozmaitych środków podobne działanie tychże do połączeń białka. Mianowicie stosowano tłuszcze, jak terpentynowy olejek, dalej ciała nieorganiczne, jak metale i siarka, a wreszcie roztwory soli i cukru gronowego, (Starkenstein, Scholz). Klingmüller wstrzykiwał w mięśnie rozmaite drażniące

[1]) Oryginalny francuski „Trepol" jest podobno zupełnie niebolesny. (Jest także bolesny — uw. Red.).

przetwory, aby zadziałać na sprawy zapalne i ropne toczące się w skórze. Jako do tego celu najwięcej nadający się zaleca 20%-wy roztwór olejku terpentynowego z oliwą: przy trychophitii, furunkulozie, pyodermiach. Z tego 20% rozczynu wstrzykuje $^1/_4$—1 ccm w pośladki. Karo zaleca dodawać 1% Eukupin z powodu bolesności. Zamiast olejku terpentynowego używał Klingmüller Terpichin, połączenie czystej terpentyny z chininą.

W klinice lwowskiej stosuje się 20%-wy olejek terpentynowy bez eukupiny w pośladki (w górny zewnętrzny kwadrant), $^1/_2$—2 ccm co 3 dni. Chorzy znoszą to przeważnie dobrze i nie skarżą się na wielkie bóle, natomiast czasami gorączkują dosyć wysoko.

Niezawodny skutek spostrzegaliśmy w pierwszym rzędzie przy figówce pochodzenia nie pasorzytniczego, *Folliculitis chronica dispersa*, *Eczema sycosiforme*. Po kilku (4) do kilkunastu (14) wstrzykiwaniach ustępowały nawet bardzo rozległe i zastarzałe zmiany i to bez leczenia miejscowego. Jedynie nieodzownem jest mechaniczne usunięcie strupów. Znaczne polepszenie można było zauważyć przy trądziku. Przy *Trychophytia superficialis i profunda* wywołuje terpentyna odczyn miejscowy w kilka godzin po wstrzyknięciu, a w najbliższych dniach zmniejszenie objawów zapalnych. Lecz po kilkunastu nawet wstrzykiwaniach można było stwierdzić grzybki (Trychophyton) w ogniskach chorobowych. Zawsze musiano się uciekać do innych metod celem zupełnego uleczenia.

Po wstrzyknięciach terpentyny bledną bardzo szybko ogniska łupieża pstrego (*Pityriasis versicolor)*, lecz grzybki się utrzymują, pomimo licznych wstrzyknięć.

Zupełnie bez wpływu pozostawały te wstrzyknięcia przy łuszczycy np. u jednego chorego zastosowano po 20 wstrzykiwań z powodu uporczywej *folliculitis barbae*, która też doszczętnie ustąpiła; natomiast łuszczyca, rozsiana u niego na kończynach, pozostała zupełnie nie zmieniona.

Rozmaite postacie wyprysku, tak ostre jak i przewlekłe, utrzymywały się opornie przy stosowaniu tej metody, o ile nie leczono ich miejscowo.

Ze schorzeń wenerycznych ustępowały zwykle szybko zapalne obrzęki gruczołów chłonnych nawet już ropiejące po terpentynie, podobnie jak po mleku. Lecz wrzody miękkie, tymże towarzyszące, nie zmieniały się przy tej terapji. Dalej zapalenie rzeżączkowe przyjądrza polepszało się również, jak zapalenie ciał jamistych. W jednym przypadku gruźliczego zapalenia przyjądrza szybko ustąpiła bolesność i zmniejszył się obrzęk.

Co do terpichiny to, używając jej w kilku przypadkach zapalenia mieszków (*Folliculitis*), nie mogliśmy stwierdzić wyższości w działaniu, któraby usprawiedliwiała sprowadzanie tego podrażającego leczenie preparatu. Na toczeń rumieniowaty działała powodując częściową inwolucję ognisk, zaś toczeń zwykły pozostawał nie zmieniony.

Metale wprowadzone do organizmu w postaci kolloidowej wywierają w tymże energiczne działanie odkażające na drobnoustroje chorobotwórcze; mogą bowiem pod tą postacią dostać się tem łatwiej do komórek.

Najwięcej w użyciu jest srebro kolloidowe, kollargol i elektrargol, chociaż środki te w dermatoterapji nie przyjęły się.

Również nie rozpowszechniło się stosowanie kollargolu przeciw kile zapoczątkowane przez Notthafta.

Najnowsze metody stosowane przeciw kile łączą metale z salwarsanem. Prócz salwarsanu srebrowego (Kolle) wstrzykuje się przetwory rozpuszczalne rtęci razem z neosalwarsanem. Linser zaleca dodawać sublimat do neosalwarsanu, Bruck, Becker dodają novasurol, Herbeck embarin, Oelze cyarsal.

W klinice stosujemy przeciętnie dawkę 0·02 sublimatu z 0·45 neosalwarsanu; u 60 chorych uskuteczniono około 600 takich wstrzyknięć bez jakichkolwiek powikłań (raz *Erythema toxicum scarlatiniforme*), a z dobrym wynikiem tak co do ustępowania objawów jakoteż odczynu krwi. Natomiast novasurol stosowany w dawce 0·01 do 0·02 z neosalwarsanem działa wprawdzie również szybko i energicznie lecz powoduje czasami przypadłości jak bóle głowy, wymioty. Metody te zasługują więc bardzo na uwzględnienie obok najpewniejszych. Za szczególnie wskazaną uważam tę metodę (Linsera) jako leczenie zapobiegawcze po stwierdzeniu objawu pierwotnego w okresie seronegatywnym. Dalej przy złośliwych anemiach kiłowych można oczekiwać poprawy ogólnego stanu chorego tym sposobem. Rodzaju chemicznej przemiany tej metody nie znamy dotąd.

Badania Rothmanna i Oelzego przemawiają za redukcją sublimatu przez salwarsan tak, iż dostaje się do krwi rtęć metaliczna. Korzystne wyniki zaś polegają właśnie na docieraniu do komórek kolloidalnej rtęci, która wzmacnia działanie salwarsanu (ochronnego kolloidu), jak to Kolle podnosił na ostatnim kongresie dermatologicznym w Hamburgu.

Z przytoczonych wywodów wynika, iż najoporniej ze ze wszystkich dermatoz tak przy parenteralnem stosowaniu białka jakoteż terpentyny zachowywała się łuszczyca. Z tego powodu postanowiłem przekonać się w klinice o skuteczności siarki zastosowanej przeciw łuszczycy przez Bory'ego a świeżo zalecanej przez Haucka. Stosowano ją wedle przepisu, jaki podał Bory (tj. Rp. Sulfur. praecipitat. pur. 1·0, Guajacol 5·0, Camphor. 10·0 Eucalyptol 20·0 Ol. sesami ad 100·0), wstrzykując z tego co tydzień 5—10 ccm w pośladki. Bory używał Guajacol i Eucalyptol ze względu na zapatrywanie autorów francuskich (Poncet, Gaucher a ostatnio Sabouraud) o związku łuszczycy z gruźlicą. Mimo iż teorję tę uważam za nieuzasadnioną, a przy licznym materjale łuszczycy, spostrzeganym przezemnie, nie stwierdziłem jakichkolwiek danych w tym kierunku, trzymałem się przytoczonego przepisu. W największej części przypadków metoda ta dała nam dobre wyniki co do usuwania objawów (bez jakiegokolwiek leczenia miejscowego) łuszczycy tak, iż uważam ją za najenergiczniejszą ze znanych metod. Wprawdzie powoduje czasami nieprzyjemne objawy, jak dotkliwy, kilka dni utrzymujący się ból w miejscu wstrzyknięcia, dalej nudności, bicie serca. Podwyższenie ciepłoty (38—39°), występujące zwykle w kilka godzin po wstrzyknięciu, z dreszczem lub bez tegoż, utrzymuje się 24—48 godzin. U jednej chorej występowały wymioty i zatrzymanie moczu, które w 24 godzin ustąpiło. We wszystkich przez nas leczonych przypadkach łuszczycy ustępowały objawy już po 8—12 wstrzykiwaniach doszczętnie. Jeden jedyny przypadek łuszczycy kończyn (*Psoriasis vulgaris numulavis*), od kilku lat się utrzymujący, nie reagował na 10 wstrzyknięć siarki podobnie, jak przedtem nie okazywał zmiany po olejku terpentynowym, salicylanie sodowym dożylnie stosowanym. Tak ze względu na doskonały skutek leczniczy jakoteż na gwałtowność przebiegu zasługuje na przytoczenie następujący przypadek łuszczycy.

Chora 21-letnia, pochodząca z rodziny zdrowej nie przebywała przedtem żadnych chorób dopiero z początkiem września 1921 r. miało u niej wystąpić ostre zapalenie gardła z lekkim obrzękiem gruczołów podszczękowych, które jednak szybko ustąpiło. W połowie grudnia zauważyła chora gwałtownie występującą i silnie świędzącą osutkę na szyji, która w najbliższych dniach rozszerzyła się na głowę, tułów i kończyny. Przy tem chora czuła suchość w ustach i pragnienie, ciepłoty jednak nie mierzyła. Wobec gwałtownego postępu choroby chora udała się 30 grudnia do kliniki, gdzie stwierdzono: U osoby średniego wzrostu, dobrze odżywionej, pokrywają skórę głowy piętrzące się masy srebrzysto białych łusek, które trudno jest paznokciem usunąć. Przytem powierzchnia broczy a włosy pozostają. Na czole, wzdłuż brwi, na policzkach i we fałdach nosowo-policzkowych, jakoteż na małżowinach usznych mnóstwo srebrzysto-białych łusek usadowionych na żywo czerwonem podłożu, które sięga poza łuski, a po ich zdarciu broczy. Na karku ognisko wielkości dłoni dziecka o kształcie nieregularnym, powstałym skutkiem spłynięcia kilku drobniejszych, z żółtawo szaremi łuskami. Podobne ognisko lecz sączące w okolicy prawej łopatki. Całe mnóstwo rozsianych ognisk od wielkości łepka szpilki do wielkości korony znajduje się na tułowiu a głównie na grzbiecie. Pod sutkami zlewają się ogniska na wielkość dłoni dziecka, sączą i pękają w środku. Po wyprostnej stronie ramion nieliczne ogniska łuszczące wielkości fasoli na obwodzie różowe, po wewnętrznej stronie ramion liczne drobne czerwone plamki z łuskami w środku. Na przedramionach po stronie wewnętrznej nader liczne kropkowate żółto-czerwone plamki, pokryte w środku srebrzystemi silnie przylegającemi łuskami. Podobne wykwity na grzbiecie rąk i palców tworzą formalne smugi po stronie wyprostnej. Na dolnych kończynach po zewnętrznej stronie niezbyt liczne czerwone okrągłe plamy pokryte łuskami tak, iż pozostaje czerwony rąbek na obwodzie. Po we-

wnętrznej stronie obu ud ogniska chorobowe spływają ze sobą, sączą w miejscu zetknięcia dwu powierzchni skórnych i pokrywają się także żółtawo szaremi strupami. Cały owłosiony wzgórek łonowy podobnie zmieniony, jak skóra głowy, z powodu nagromadzenia się łusek, między któremi przegląda żółtawo-czerwona nie sącząca powierzchnia. Błony śluzowe wolne, gruczoły chłonne nie zmienione. Odczyn krwi okazuje zupełną hemolizę. Ciepłota 37·5. W czasie pobytu chorej w klinice od 30 grudnia z. r. do 11 stycznia b. r. nie stosowano leczenia swoistego. W tym czasie wzmagała się ciągle opisana osutka a ciepłota utrzymywała się stale ponad 38⁰. Prócz obwodowego powiększania się ognisk przybierały znacznie na ilości kropkowate plamki a zwłaszcza w okolicy mostka i na rękach z najeżonemi łuskami. (Przypominały skutkiem tego guzki lichen ruber acuminatus). Na dłoniach powstawało całe mnóstwo kropkowatych różowych plamek w linjach załamań skóry, które już w najbliższych dniach pokrywały się piętrzącemi łuskami. W wielu miejscach zadrapanych przez chorą powstawały smugi opisanych wykwitów. Także na paznokciach usadowiła się choroba objawiająca się zmętnieniem macierzy i odkruszaniem się paznokci.

Wobec niezwykle gwałtownego postępowania łuszczycy wśród objawów gorączkowych i wrażliwości skóry potęgującej się przy drażnieniu do sączenia (w miejscu stykających się powierzchni) zastosowaliśmy u chorej zawiesinę siarki wedle Bory'ego, zaczynając od 3 ccm. W godzinę po wstrzyknięciu wystąpiły odbijania i niemiły smak w ustach. Bolesność silna w miejscu wstrzyknięcia utrzymywała się kilka dni. Lecz już 2-go dnia po wstrzyknięciu stwierdzono bardzo wyraźne przyblednięcie ognisk, odpadanie łusek i spadek ciepłoty do normy. Po drugiem wstrzyknięciu (4 ctm) jeszcze widoczniej wzmogło się ustępowanie objawów. Po trzeciem zaś (5 ccm) wystąpiły bóle głowy, ogólne osłabienie i gorączka od 38·6—39·6⁰ utrzymująca się przez 2 dni. Po opadnięciu tejże jeszcze w szybszem tempie ustępowały objawy z pozostawieniem brązowych plam barwikowych. W wyższej jeszcze mierze stwierdzić to było można przy dalszych wstrzyknięciach. Wreszcie po 9-tem (7 ccm) ustąpiły doszczętnie objawy łuszczycy z pozostawieniem pigmentacji.

W tym więc przypadku niezwykłym gwałtownej łuszczycy metoda oddała nam znakomite usługi. Wobec niepewności innych metod wewnętrznych i przeciwwskazania do miejscowego leczenia z powodu nadmiernej wrażliwości skóry wykluczone było tak szybkie usunięcie objawów innym sposobem.

Wstrzykiwania siarki samej w olejku nie działają tak energicznie przy łuszczycy. Sam guajakol i eucalyptol wcale nie działa. Niezawodnie wchodzi tu w grę działanie eucalyptolu jako olejku eterycznego i guajacolu. Metoda jest w największej części przypadków niezawodna, chociaż nie chroni przed nawrotami. Dalsze spostrzeżenia rozstrzygną, czy ta metoda leczenia łuszczycy nie jest skuteczniejsza od zaleconej przez Brocka, a polegającej na naświetlaniu grasicy promieniami Roentgena, po której Hauck wyników, opisanych przez Brocka, nie stwierdził.

W każdym razie siarka zdolna wyprzeć zupełnie proteinoterapję łuszczycy a nawet szczepionko-terapję. Tuberkulomucinę zalecają Weleminsky, Cemach i Steiner, natomiast Fick nie miał po tejże zachęcających wyników (Scully: *Typhus vaccina*).

Podobnie jak rozczyny soli kuchennej działa także rozczyn cukru gronowego, który ponadto ma jeszcze znaczenie odżywcze. W ostatnich czasach podnoszą korzystne działanie śródżylnych wstrzykiwań cukru gronowego przy rozmaitych dermatozach (Scholz i Stejskal). Stosowałem co 3-ci dzień 25% roztwór w ilości 10—20 ccm. W przeciwieństwie do Scholza nie stwierdziłem najmniejszego skutku w przypadkach łuszczycy, wyprysku ostrego i przewlekłego. Silny świąd przy tym ostatnim utrzymywał się bez zmiany. Dalej stosowałem cukier gronowy przy *lupus erythematodes discoides*, lecz również bezskutecznie.

Natomiast stwierdziłem szybkie ustępowanie rumienia toksycznego po tych wstrzykiwaniach.

Bardzo ciężki przypadek dotyczył 24-letniego mężczyzny, u którego po 2 wstrzyknięciach neosalwarsanu i 25 wcieraniach rtęciowych 5 gramowych, uskutecznionych na prowincji, zajął rumień skórę od głowy do stóp wśród wysokiej, do 40⁰ dochodzącej gorączki. Do kliniki przyjęty, przy leczeniu symptomatycznem gorączkował dalej, a szkarłatno-czerwona, naciekła, łuskami pokryta skóra nie zmieniała się. W 2 tygodnie po przyjęciu chory otrzymał 10 ccm dextrozy. Bezpośrednio po tem nazajutrz łuski zaczęły odpadać, naciek skórny bladnął i ustępował. Wogóle po 5 wstrzyknięciach objawy rumienia ustąpiły zupełnie z pozostawieniem pigmentacji. Chory zaś znosił następnie wstrzykiwania kalomelu.

Podobnież ustąpił już po 2 wstrzyknięciach cukru gronowego rumień rozległy, który wystąpił skutkiem 5-ciu wcierań u chorego innego, szukającego z tego powodu porady na klinice. Także i w innych przypadkach tego rumienia nie zawodziły wstrzykiwania cukru gronowego tak, iż zasługują ze wszech miar na zalecenie przeciw temu niemiłemu powikłaniu. Przy ciężkiej pęcherzycy złuszczającej u 52-letniej kobiety wstrzykiwania cukru pozostały bez skutku. W przypadku pęcherzycy zwykłej krętej *(gyratus)* u młodego żołnierza wystąpiło po pierwszej injekcji wzmożenie osutki z przewagą rumienia, po następnych zaś objawy ustąpiły. Jednakowoż po kilkunastu dniach wystąpił silny nawrót. Naogół wynik leczniczy cukru gronowego przy pęcherzycy był nieszczególny (w przeciwieństwie do Scholza).

Natomiast w jednym przypadku rozlanej twardziny skóry zajmującej całe dolne kończyny u 60-letniego mężczyzny wystąpiło wprost frapujące polepszenie po kilkunastu wstrzyknięciach cukru gronowego. Przedmiotowo stwierdzić można było niemal ustąpienie napięcia skóry, pomarszczenie przyskórka nad skórą dającą się napinać, tracącą barwę szaro czerwoną; podmiotowo zaś chory mógł swobodnie ruchy wykonywać.

Także i w innych przypadkach korzystny wpływ cukru gronowego na zmiany naczyniowo-ruchowe, jak obrzęki skórne z porażennym stanem naczyń miałem sposobność stwierdzić a zwłaszcza w przypadku jednostronnej angioneurozy u kobiety 40 letniej. Stosowanie cukru gronowego w odpowiednich przypadkach pozyska sobie z czasem niezawodnie rozległe zastosowanie w dermatoterapji.

Naogół można powiedzieć, że posiadamy cały szereg nowych metod leczniczych głównie na polu proteino- i kolloidoterapji, które przy chorobach skórnych i wenerycznych zasługują ze wszech miar na uwagę. Dzisiaj jest jeszcze zawcześnie, aby módz dokładnie określić wskazania i sposoby stosowania tych metod, lecz przy dalszych usiłowaniach uzyskamy niezawodnie pewne wytyczne w tym kierunku.

Oceny i sprawozdania.

D-resse Hélène Sosnowska. **Thérapeutique gynécologique-Indications et Technique de la méthode de Brandt.** Préface de Victor Pauchet (16-ka, str. 106, figur w tekście 17) Paris 1922.

Autorka swoją książką przypomina wszystkim ginekologom, prawie że zupełnie zaniechaną, ważną metodę leczniczą, stworzoną i do największej doskonałości doprowadzoną przez Thure Brandta, tj. miesienie ginekologiczne. Jeżeli się zapytamy, co jest przyczyną tego zaniechania a raczej zarzucenia jej, zaraz nasuwa się odpowiedź, że nie jakieś jej strony ujemne, ale zastąpienie jej np. w opadzie i wypadaniu macicy operacjami prowadzącemi szybciej do celu i dającemi większą nierównie pewność trwałości.

Poza tem pozostają jednak stany chorobowe, które dają się w doskonały sposób usunąć, jak np. uwolnienie od zlepów odgiętej macicy, co się tyle razy udaje, a po zupełnej naprawie położenia założenie krążka lub przyszycie macicy do powłok brzusznych z zaoszczędzeniem operatorowi trudów uwalniania od zlepów a tem samem uczynieniem operacji lżejszą. Następnie pozostają wypociny zapalne, których wessanie bardzo się przyśpiesza miesieniem. Tu znowu pojawiła się bardzo skuteczna metoda konkurencyjna leczenia gorącem powietrzem, lecz wobec tego, że aparat właściwy nie wszędzie można mieć pod ręką, brak ten można skutecznie zastąpić miesieniem.

Wiele jest pozatem stanów, nie dających się ściśle oznaczyć i odnieść do któregoś z narządów, jak: bóle w okolicy miednicy i krzyżów, uczucie ciążenia, opadu itd. Stany te jesteśmy skłonni odnosić do zastoiny żylnej, szczególnie u kobiet, które rodziły. Takie chore bardzo często odnoszą niewątpliwie z miesienia wielkie korzyści i prawie zawsze, już po pierwszem posiedzeniu, nabierają do niego zaufania, podając, że czują ulgę w chodzeniu. A jeżeli i obfite krwa-

wienia miesięczne ustają, to mamy najlepszy dowód, żeśmy miesieniem usunęli istotnie zaburzenia krążenia.

Z tego się okazuje, że dla ginekologa, który u dobrego źródła nauczył się miesienia ginekologicznego, pozostaje jeszcze dość znaczne pole do stosowania tej metody i to w przypadkach w których ona jedynie jest w stanie dać bezpośrednie, dobre a czasem nadspodziewanie dobre wyniki.

Dla lekarza samego niema lepszej szkoły doskonałego badania od miesienia. Jeżeli bowiem chorą miesi się codziennie przez 5—10 minut, to znaczy, że się ją przez 5—10 minut ma sposobność badać, czego się przecie poza miesieniem nigdy nie czyni. Wydarza się przecie i w zwykłej praktyce, że wynik powtórnego badania przedstawia się nam inaczej od pierwszego. Gdy zaś miesieniu można śmiało przypisać usuwanie zmian pochodzących z przekrwienia lub zastoiny żylnej, zatem chwilowych lub stałych zbrzęknięć, to i narządy badane w okresie uwalniania ich od tych zmian zaczynają coraz wyraźniejsze przybierać zarysy.

Temu to i zdolnościom wrodzonym przypisać należy, że wynalazca miesienia ginekologicznego, Thure Brandt, był niedosięgłym mistrzem w badaniu ginekologicznem i we wszystkich zabiegach palcowych. A dodać należy, że nie był on lekarzem, lecz emerytowanym majorem wojska szwedzkiego, który po ukończeniu szkoły miesienia leczniczego i gimnastyki leczniczej został «Skiugimnast«, i jako taki doprowadził miesienie ginekologiczne, przez siebie wykonywane, do niedościgłej doskonałości. To też, przebywszy u niego w r. 1888 dwa miesiące na wyspie Dalarö, gdzie ze swojemi choremi przebywał, miałem to uczucie, że się od niego można było nauczyć miesienia ginekologicznego i udzielania ruchów gimnastycznych pomocniczych lecz nigdy nie wykonywać go tak, jak ten mistrz niezrównany.

Z książki pani Dr. Sosnowskiej dowiadujemy się, że u Brandta przebywała cały rok, i że od lat 30 oddaje się miesieniu ginekologicznemu w Paryżu, głównie na oddziałach profesorów: Walthera, Pauc heta i Baumgardtnera, gdzie przez jej ręce przeszło, jak sama się wyraża, tysiące chorych. Jest też ona dziś najwięcej uprawniona do wydania sądu o tej metodzie. Tem też większą wartość przypisujemy jej książce, którą każdy z ginekologów z korzyścią może i powinien przeczytać. Dowiadujemy się też z tej książki, że można mieć bardzo ładne wyniki z miesienia, tylko je trzeba doskonale umieć wykonywać. Cieszymy się też i z tego, że działalność autorki, tak wysoce ceniona przez sfery lekarskie paryskie, przypada w udziale naszej rodaczce. *W. Bylicki.*

Przegląd piśmiennictwa.

Tygodniki.

«Wraczebnoje Dieło».

Nr. 7—10. 1921 r.

M a s ł a k o w. **W sprawie rozpoznawania duru powrotnego.** Zdaniem Masłakowa sprawa rozpoznawania duru powrotnego nie jest zupełnie rozstrzygnięta. Często na 2 3 dzień choroby zwykłą metodą badania krętków we krwi nie znajdujemy. Jeszcze trudniejsze jest rozpoznanie w okresie bezgorączkowym. Z wielu próbowanych sposobów poleca M. następny: Do 3 cm^3 1$^1/_2$% cytrynjanu sodowego dodaje się 2 cm^3 krwi (z żyły łokciowej chorego). Po odstaniu się, w wartwie dolnej składającej się z czerwonych ciałek krwi, krętków nie ma, w górnej przeźroczystej znajdują się krętki w dużej ilości. Znacznie łatwiej znaleźć krętki po odwirowaniu tej mieszaniny; wtedy krętki znajduje się w osadzie. Tą metodą wykrywał M. krętki wtedy, kiedy zwykłym sposobem badania stwierdzić ich nie mógł. Preparaty z krwi utrwalał M. nad parą 1% roztworu kwasu osmowego, przemywał roztworem nadmanganianu potasowego (1 : 5.000) i zabarwiał fuksyną. Tym sposobem spirochety zabarwiają się bardzo wyraźnie. W okresie bezgorączkowym zaleca M. stosować sposób Gabriczewskiego: jeżeli do surowicy krwi chorych na dur powrotny w okresie bezgorączkowym dodać krętków Obermeyera, to nastąpi spiroliza. Spirolizę otrzymał M. w okresie bezgorączkowym u 64 chorych, nie leczonych neosalwarsanem. W przypadkach zastosowania neosalwarsanu spiroliza nie następuje. Ponieważ spirolizyny pojawiają się we krwi w pierwszy dzień przełomu i znikają ze krwi przed powrotem choroby, więc M. przypuszcza, że przełom w przebiegu duru powrotnego jest skutkiem zjawienia się spirolizyn we krwi.

Sz. Tenenbaum (Piotrków).

Czasopisma archiwalne.

Embrjologja.

(Arch. f. Entw.-mech. d. Organismen, T. 49. Z. $^3/_4$, S. 510—537, 1921).

H. E i d m a n n. **Przeszkody dla wzrostu zarodków płazów.** Autor opisuje rozwój kultury żaby zielonej (Rana esculenta) rozwijającej się z bardzo drobnych jaj. Osobniki tej kultury odżywiały się słabo, rosły powoli, i wykazywały znaczną śmiertelność. Różnicowanie się organów było dalej posunięte w stosunku do osobników normalnych o tych samych wymiarach, uwstecznione zaś w stosunku do osobników tego samego wieku. Poszukiwania mikroskopowe wykazały n i e d o r o z w ó j przysadki i tarczycy. Autor uważa, że zaburzenia rozwoju kultury miały swe źródło w czynnikach wewnętrznych (zapewne tkwiących już w bróżdkującem jaju) i przypuszcza, że szczątkowy charakter przysadki wywołał niedorozwój tarczycy i zahamował wzrost osobników. Z równie drobnych jaj w innej kulturze rozwinęły się osobniki normalne, jednak i w kulturach zwykłych stwierdzić można pewien procent osobników o drobniejszych wymiarach, wykazujących analogiczne zmiany w gruczołach dokrewnych.

(Compt. rend. d. séanc. d. l. Soc. d. Biol. T. 85, Nr. 27, 1921).

R. C o u r r i e r. **Wpływ karmienia tarczycą na gruczoły płciowe męskie.** Autor na zasadzie swych doświadczeń nad kotami i szczurami, występuje przeciw utartemu poglądowi, że tarczyca, podawana jako pokarm, wpływa na niedorozwój jądra. Gdy zwierzęta są dobrze odżywiane, co się okazało czynnikiem bardzo ważnym, podawanie tarczycy nie wpływa ani hamująco, ani nie przyśpiesza rozwoju jądra (spermatogeneza odbywa się w tempie zwykłem). Inne wyniki poprzednich autorów mogą mieć źródło w nieuwzględnieniu szybszej przemiany materji na skutek działania wprowadzonej tarczycy i konieczności podawania większej ilości pokarmu w celu utrzymania zwierząt w dobrym stanie.

P. Słonimski (Warszawa).

Choroby wewnętrzne.

Zeitschrift für Klinische Medizin.

T. 93. Z. 1—3. 1922.

G. S c h a d e. **O fizykochemicznych własnościach kwasu moczowego w stanie koloidalnym oraz o przesyconych roztworach tego kwasu.** Schade stwierdził w uprzednio ogłoszonych badaniach, że przy wypadaniu kwasu moczowego z przesyconych roztworów otrzymuje się, jako ogniwo pośrednie, kwas moczowy w stanie koloidowym. W pewnych warunkach można spowodować ścięcie się takiego przesyconego roztworu w galaretę. Niektórzy badacze, do których należą Bechhold, Brugsch, Umber i Minkowski, uznali wielką wagę tego zjawiska dla patologji dny, podczas gdy inny szereg autorów, jak Lichtwitz, Gudzent, nie podziela tego zdania. W pracy powyższej autor zajął się bardzo szczegółowem zbadaniem własności fizyko-chemicznych galarety, otrzymanej przez szybkie osadzenie z przesyconego roztworu moczanów litu, sodu, potasu lub amonu, przy prawie obojętnem oddziaływaniu roztworu. Otrzymuje się wówczas jednorodną galaretę bez osadu krystalicznego. Po zbadaniu przez autora własności tej galarety oraz przesyconych roztworów kwasu moczowego można będzie z lepszym, niż dotychczas, skutkiem przystąpić do badania rozpuszczalności oraz wypadania tego kwasu w ustroju ludzkim.

A d o l f K i m m e r l e. **O pojawianiu się ciała białkowego Bence-Jones'a.** Bence-Jones opisał w 1845 roku ciało białkowe w moczu, nazwane jego imieniem, jako nową substancję chemiczną; Kuehne zaliczył je do albumoz, a dopiero Magnus

Levy określił je jako ciało bardzo pokrewne z prawdziwem białkiem. Dawni autorzy uważali obecność tego ciała za znamienną cechę zmiękniema kości i dopiero Rustitzky w 1873 roku określił cierpienie, jako myeloma. Nie mamy do czynienia z nowotworem, ale ze schorzeniem systemu, jak to wykazano w ostatnich dziesiątkach lat. Autor jest zdania, że przy zaniku normalnego szpiku lub jego zmianach, wywołanych guzami, powstają ciała, z których tworzy się ciało białkowe Bence-Jones'a. Kimmerle zestawia wszystkie znane przypadki, poddaje je krytyce różniczkowej, zestawia z własnemi przypadkami i przychodzi do wniosku, że ciało Bence-Jones'a w moczu pojawia się w schorzeniu, które dziś nazywamy myeloma, może jednak pojawiać się wcześniej, nim rozwiną się cechy charakterystyczne tego cierpienia. Ciało to pojawia się jednak nie we wszystkich przypadkach tego cierpienia, jak to mógł stwierdzić sam autor.

H. Staub. **Badania nad przemianą cukrową u człowieka. Część II.** W danej serji doświadczeń autor trzymał się uprzednio opisanej metodyki [1]) — podawał 20 gramów cukru gronowego *per os* i określał metodą Bang'a ilość cukru we krwi u ludzi zdrowych podczas głodzenia, trwającego 48 godzin, przyczem częściowo łączono głodzenie z ruchem fizycznym. Staub rozróżnia w głodzeniu dwa okresy: »względnego wygłodzenia« aż do czasu 10—15 godzin po spożyciu ostatniego pokarmu, oraz »bezwzględnego« po 15 godzinach. Stwierdził on w drugim okresie zmniejszenie się zdolności przyswajania węglowodanów, wyrażającej się wysokiem podniesieniem krzywej cukru i długotrwałem przecukrzeniem krwi. Zmniejszenie zdolności przyswajania jest wywołane niedomogą spraw zaczynowych, spowodowaną brakiem swoistego dla nich podłoża.

H. Staub. **Badania nad przemianą cukrową u człowieka. Część III.** Autor badał zachowanie się cukru gronowego we krwi podczas pracy fizycznej. Już uprzednio stwierdził Buerger, że podczas pracy zmniejsza się stężenie cukru we krwi; badania autora potwierdzają te dane; przecukrzenie żywnościowe znika prędzej podczas pracy fizycznej, niż w stanie spoczynku. Analizując krzywą ucukrzenia, zwłaszcza jej podniesienie się po ustaniu pracy, Staub przychodzi do wniosku, że podczas pracy odbywa się mobilizacja glikogenu wątrobowego i przypływ cukru do mięśni. Po dwudniowej djecie tłuszczowo-białkowej zdolność przyswajania cukru gronowego zmniejsza się. Autor tłómaczy ten stan brakiem zaczynów. Idąc za propozycją Spiro możnaby nazwać te zaczyny zaczynami równowagi; nie należą zaś one do zaczynów obronnych Abderhaldena.

Artur Mayer. **Obraz krwi i zachowanie się krętków w durze powrotnym.** Oprócz najczęstszych przypadków duru powrotnego, w których krętki na krótki okres czasu przed przełomem znikają we krwi krążącej, by pojawić się znowu przed napadem, zdarzają się inne z odmiennem zachowaniem się krętków. Więc już to krętki pojawiają się wcześnie w przerwie międzynapadowej, już to stale przez dłuższy okres czasu znajdują się w okresie bezgorączkowym u ozdrowieńców. Te właśnie przypadki są ważne pod względem epidemiologicznym, jako możliwe źródło nowych zakażeń. W przypadkach posocznicowo-żółciowego stanu durowego krętki wcześnie znikają z krwi obwodowej. W takich razach leczenie salvarsanem zawodzi. Podczas napadu znajdujemy leukocytozę, która trwa w stopniu miernym i podczas bezgorączkowej przerwy. Dopóki we krwi znajdują się krętki, mamy do czynienia z silnem przesunięciem wzoru obojętnochłonnych leukocytów w lewo; pojawiają się w znaczniejszym odsetku myelocyty i metamyelocyty. W przypadkach posocznicowych, w braku krętków we krwi, mamy nie wiele młodych postaci ciałek białych, bez względu na kliniczną ciężkość zachorzenia.

Herman Mueller jun. **O rytmie »stuku dzięciolego« u ciężko chorych grypowych.** Autor po omówieniu prac Stokes'a nad t. zw. rytmem płodowym, Huchard'a nad embryokadją, zatrzymuje się dłużej nad spostrzeżeniami H. Muellera, który spotkał u ciężko chorych objawy wysłuchowe, jakie nazwał kiniklokadją, następnie zaś rytmem «stukn dzięciolego«. W przypadkach tych słychać tylko pierwszy ton serca, drugi ton ginie lub słabnie. Autor w czasie epidemji grypy spostrzegał rytm »stuku dzięciolego« u chorych na 6—24 godzin przed śmiercią. Rozróżnia on zmiany trzech kategoryj, z których jedna wystąpić może na parę dni przed śmiercią i polega na tem, że słyszymy dwa głośne, klapiące tony, z których drugi bardzo szybko następuje po pierwszym. W innych przypadkach słyszymy na koniuszku serca jeden ton, podczas gdy na mostku słychać dwa i wreszcie wogóle tylko pierwsze tony są słyszalne. Przyczynę widzi autor w bardzo silnem pobudzeniu serca; spadek ciśnienia krwi uważa za zjawisko wtórne wskutek zmniejszenia się ilości krwi wyrzucanej podczas jednego skurczu. Mueller nie wyklucza i porażenia naczyń trzewnych. Rytm stuku dzięciolego serca nie ma nic wspólnego z embrjokadją Hucharda i rytmem wahadłowym Pawińskiego, które występują w innych warunkach.

Folke Lindstedt. **O etjologji i patogenezie rwy kulszowej i bólu lędźwiowego, oraz o nowem ujmowaniu tych nerwobólów.** Na zasadzie badań, przeprowadzonych na większym materjale klinicznym oraz na rekrutach, przychodzi autor do przekonania, że w etjologji rwy kulszowej, bólu lędźwiowego i tzw. objawów równoważnych charakteru nerwobólowego, mają znaczenie zmiany i schorzenia umiejscowione w okolicy grzbietowej, kończynach dolnych, miednicy i jej najbliższem otoczeniu. Objawy te, a nawet t. zw. ich równoważniki, należy rozpatrywać jako nerwobóle; w etjologji schorzenia nie jest potrzebny ani ucisk na pień nerwowy, ani stan zapalny już to nerwu już to jego pochewki, a rwa powstać może na drodze odruchowej oraz rozpromienia nia bólowego. Cierpienia te przedstawiałyby się analogicznie do t. zw. nerwobolów zawodowych, stanów przykurczowych przy anomaljach statycznych, zmianach stawowych i t. p. Objaw Lasègne'a w rwie kulszowej byłby w takim razie objawem przykurczu, któryby miał na celu uniemożliwienie chodzenia.

H. Rohonyi i H. Lax. **O zatrzymywaniu azotu i rozdziale azotu niebiałkowego w tkankach przy niewydolności nerkowej. Przyczynek do nauki o mocznicy.** W okresie względnej niewydolności nerkowej ustrój posiada zdolność zwiększania wydalania ilości substancyj azotowych w moczu, o ile przez uprzednie podawanie pokarmów bogatych w azot dano mu możność przystosowania się. Ustrój zachowuje się w danym przypadku inaczej, niż w cukrzycy, gdy znoszenie cukru zmniejsza się po podawaniu wodanów węgla. Zawartość azotu niebiałkowego we krwi nie jest bezpośrednim bodźcem dla nerki w kierunku wydalania substancyj azotowych, a tylko świadczy mniej lub więcej dokładnie o bliżej nieznanym czynniku pobudzającym wydalanie tych substancyj. Bodźcem tym jest zawartość azotu niebiałkowego w tkankach, która nie zawsze wzmaga się równolegle do zawartości tegoż we krwi. Wahania azotu niebiałkowego we krwi są w dużych granicach niezależne od zatrzymania azotu w ustroju; możemy spotykać przypadki zatrzymania substancyj azotowych bez zmian poziomu azotu niebiałkowego krwi. Zatrzymanie azotu w ustroju nie jest zwykłem zjawiskiem przenikania substancji azotowych ze krwi do tkanek. Tkanki zatrzymują azot prawdopodobnie w postaci, nie podlegającej prawom przenikania, tj. jako białko.

Tkanki zmarłych wskutek mocznicy nie zawierają więcej azotu ani widocznie więcej azotu niebiałkowego, niż tkanki ludzi zdrowych. Śmierć wskutek mocznicy może nastąpić bez uprzedniego zatrzymywania azotu w ustroju, wbrew opinji Volhard'a. W końcowych okresach niewydolności nerkowej mamy do czynienia ze schorzeniem tkanek ustroju: zdolność wybiórcza komórek pochłaniania przenikających substancji azotowych wbrew ich stężeniu ginie; wskutek tego mamy więcej jednorodny rozdział ich między krew a tkanki, stosownie do praw przenikania.

A. Stefanowski (Warszawa).

[1]) Por. referat w Nr. 1—2 „Polskiego Czasopisma Lekarskiego" za rok 1921.

Otiatrja i laryngologja.

Archiv f. Ohrenheilkunde.
T. 109. Z. 1.

Brüning. **Przyczynek do sprawy zachorowań nerwu słuchowego we wczesnej kile.** Kobrak podaje, że 82—87% przypadków z wczesną kiłą okazuje zmiany w nerwie słuchowym, przyczem w 7.5% zmiany w nerwie słuchowym stwierdzono przy ujemnej próbie Wassermanna. Brüning nie potwierdził tych badań: zmiany w nerwie słuchowym w okresie wczesnej kiły zdarzają się w 23,6% przypadków. Podobne wyniki otrzymał Lund: 20% przypadków z wczesną kiłą okazuje zmiany w nerwie słuchowym. Wszystkie badania dotychczasowe zgodne są, że nerw przedsionkowy może niezależnie od nerwu ślimakowego uledz schorzeniu. Badania Brüninga i Lunda wykazały, że nerw przedsionkowy w okresie wczesnej kiły ulega schorzeniu nawet częściej, niż nerw ślimakowy.

Phleps. **Przyczynek do kwestji powstawania głuchoty w przebiegu posocznicy.** Dwa przypadki zajęcia ucha wewnętrznego w przebiegu posocznicy. Phleps sądzi, że w podobnych przypadkach niezawsze mamy do czynienia z działaniem jadu samego na ucho wewnętrzne, że w wielu przypadkach musimy przyjąć zmiany miejscowe wywołane przez same bakterje.

Besk i Schacherl. **Zmiany w płynie mózgowo-rdzeniowym przy zmianach na tle kiły wrodzonej systemu nerwowego i narządu słuchowego.** W przypadkach ze zmianami w systemie nerwowym tylko wyjątkowo odczyn Wassermanna we krwi i w płynie mózgowordzeniowym wypada ujemnie, w przypadkach ze zmianami w narządzie słuchowym dodatni odczyn Wassermanna spotyka się bardzo rzadko. Próba białkowa jakoteż badanie na zawartość limfocytów w płynie mózgowordzeniowym wypada w tych dwóch rodzajach przypadków w podobny sposób. Przypadki ze zmianami w narządzie słuchowym okazują też zaburzenia w narządzie przedsionkowym: bardzo często przypadki te okazują niepobudliwość obrotową i cieplikową, natomiast na prąd galwaniczny przypadki zawsze oddziaływują. Na podstawie tych badań należy przypuszczać, że objawy, jakie widzimy przy kile wrodzonej w narządzie słuchowym, nie pochodzą od zmian w nerwie słuchowym, ale w tkance łącznej ucha wewnętrznego.

Brunner. **Przyczynek do nauki o niemocie muzycznej.** B. podaje dwa przypadki niemoty muzycznej; jeden przypadek dotyczy chorego z ropniem operowanym na prawym płacie skroniowym, drugi chorego po zranieniu lewej półkuli mózgowej.

Wodak. **Znaczenie bólów mięśniowych dla rozpoznania otorynologicznego.** Zwraca uwagę, że ból mięśnia kapturowego i obojczyko-sutkowego może maskować chorobę uszną lub chorobę bocznych jam nosowych. Jeżeli do tego stwierdzimy obecność ropienia w odnośnych narządach, to łatwo można się zdecydować na niepotrzebną operację.

Benjamins: **Brak jamy szczękowej i jamy czołowej lewej.** Badaniem promieniami Röntgena stwierdzono brak jamy szczękowej i czołowej. Przy następowej operacji raka jamy nosowej B. stwierdził, że trzon kości szczękowej lewej wypełnia kość gąbczasta. Przy operacji nie stwierdzono obecności jam sitowych i muszli środkowej.

Nürnberg. **Oparzenie krtani parą cynku.** Wskutek wdychania pary cynku nastąpił obrzęk nagłośni, błony śluzowej krtani i języczka z białym nalotem.

Zalewski (Lwów).

Choroby skórne i weneryczne.

Dermatologische Zeitschrift.
T. 3›. Z. 6. 1922.

I. Kyrle. **Znaczenie nieswoistego czynnika leczniczego, w leczeniu kiły.** Dla dodatniego wyniku leczenia kiły, warunkiem niezbędnym jest odczyn tkankowy, udział bowiem ustroju doprowadzić może do wyleczenia. Znane są przypadki, że mimo bardzo niedostatecznego leczenia, może ustrój uwolnić się od zakażenia kiłowego, i to dzięki swym czynnikom obronnym. Los chorego na kiłę zawisły jest więc od stanu podłoża, na którem rozwijają się krętki blade, t. zn. od konstytucji ustroju. Te właściwości ustroju mają wielkie znaczenie dla życia pasorzytów. Oddawna spostrzegane zjawisko polepszenia się przebiegu kiły, a nawet zupełnego jej wyleczenia na skutek rozwijających się w ustroju zakażonym procesów gorączkowych (ostre choroby zakaźne), wskazało drogę do stosowania podniesionej ciepłoty jako czynnika leczniczego. Przewlekłe natomiast cierpienia jak gruźlica, tego korzystnego wpływu nie wywierają. Kyrle zdaje sprawę ze stosowania 5-cio letniego w klinice prof. Fingera leczenia nieswoistego i swoistego w przebiegu kiły. Założenia, czy wskutek równoczesnego stosowania obu tych czynników leczniczych, zmniejszyć będzie można leczenie swoiste, tj. salvarsanowo-rtęciowe, nie dało się rozwiązać pomyślnie, nawroty występowały bardzo szybko i to nawet w poważnej postaci np. na oponach mózgowych. Kyrle sądzi, że przez leczenie nieswoiste, stosowane dla uzyskania wysokiej ciepłoty, wywołać można daleko idące zmiany między jadem a podłożem. Jako środkiem wywołującym te odczyny, posługiwał się wstrzykiwaniami wśródmiąższowemi mleka, a później szczepionki wiewiórowej (dożylnie); przy stosowaniu tej ostatniej otrzymywał bardzo silne odczyny, ciepłotę dochodzącą do 40° C. i wyżej, dreszcze i td. Równocześnie stosowano bardzo energicznie leczenie swoiste, 10—12 wstrzyknięć salicylanu rtęci i 4—5 gr. Neosalvarsanu, co drugi dzień w ilości 0.3 gr. Z leczenia tego jest zadowolony, wprawdzie nie może wyciągać trwałych wniosków, ze względu, że chorzy usunęli się z pod następowej kontroli, ale przy żadnem innem leczeniu nie spostrzegał tak małej ilości nawrotów klinicznych i serologicznych. Z biegiem czasu stosował również i szczepionkę tyfusową, a nawet upust krwi — który to zabieg, według Luitlena, zastępuje leczenie podniesieniem ciepłoty. Ostatnio stosował jodowy preparat Bönkego, Mirion, którego własności swoistego leczenia są mniejsze, nadaje się natomiast do uruchomienia nieswoistego czynnika leczniczego i do zastąpienia leczenia podniesieniem ciepłoty. Mirion uważa Kyrle tylko jako adjuvans leczenia salvarsanem, bo tylko wtedy można otrzymać wyniki zupełne, jeżeli obok działania podrażniającego stosuje się i działanie lecznicze. Kyrle przestrzega przed stosowaniem niedostatecznego leczenia swoistego przy równoczesnem stosowaniu czynnika leczniczego nieswoistego (co najmniej należy stosować 20 wstrzyknięć Mirionu i 5—6 gr. Neosalvarsanu). Kyrle sądzi, że przyszłość leczenia kiły leży w takim sposobie, który stara się wykorzystać równocześnie i nieswoisty czynnik leczniczy.

Mayr. I. K. **Ograniczone zmniejszenie oporu skóry na prąd stały.** Mayr, starając się powtórzyć badania Albrechta nad zmniejszeniem się oporu przewodnictwa prądu galwanicznego w skórze, potwierdzić mógł tylko częściowo jego wnioski. Na skórze prącia, worka mosznowego i w okolicy brodawki sutkowej znajdował zmniejszenie oporu (skóra prącia i worka mosznowego 65% dodatnich wyników, brodawki piersiowe u kobiet 75%, u mężczyzn 65%), u dziewcząt nie miesiączkujących dodatnie wyniki były tylko w bardzo nielicznych przypadkach. Zjawisko ograniczonego zmniejszenia oporu przewodnictwa prądu w skórze spotyka się w warunkach fizjologicznych w okolicy prącia, worka mosznowego i brodadawek piersiowych w 50% przypadków, w innych miejscach skóry tylko rzadko i na niewielkich przestrzeniach. Zależy to od związku z rozwojem mięśni gładkich w tych miejscach skóry.

E. Zurhelle. **Przypadek rozległego białactwa skóry w przypadku paraluszczycy.** Opis przypadku paraluszczycy, w którym po ustąpieniu zmian przychodziło do wystąpienia rozległego białactwa skóry szyji, tułowia i brzucha. Przypadki podobne znane są w piśmiennictwie, a pierwszy taki przypadek spostrzegał Arndt.

Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.
T. 20. Z. 5. 6. 7. 1922 r.

K. Vossen. **Opieka nad chorymi wenerycznymi w krajowym zakładzie ubezpieczeń, w prowincji nadreńskiej.** W celu zorganizowania skutecznej walki z chorobami wenerycznemi, wprowadziła prowincja nadreńska poradnie dla chorych, których zadaniem jest nie tylko pouczać i objaśniać chorych

ale równocześnie i leczyć. Przekonano się bowiem, że kasy chorych, które dotychczas przeprowadzały leczenie, nie przeprowadzały go dostatecznie, zwłaszcza poronnego leczenia kiły. Poradni takich w prowincji nadreńskiej jest 12, na czele których stoją jako kierownicy, w 7 poradniach lekarze specjaliści, w 4 lekarze urzędowi, a w jednej lekarz praktykujący. Do pomocy dodany jest personal administracyjny. W zakres leczenia wchodzą choroby weneryczne, z wyjątkiem ostrego wiewióra, którego leczenie przekazano kasom chorych. Koszta leczenia i ewentualnego leczenia szpitalnego, pokrywają w połowie kasy dla chorych, a za chorych nieubezpieczonych w całości zakład ubezpieczeń. Kasa dla chorych zgłasza chorego do poradni, tu stawia się rozpoznanie i przekazuje się chorego lekarzowi do leczenia. Jeżeli chory zgłasza się sam do poradni, może sobie wybrać lekarza dowolnie. Koszta utrzymania poradni i leczenia wynosiły za okres 3-letni od 1918—1920, $3^1/_2$ miljona marek. Obecnie wskutek wzrostu drożyzny podniesiono honorarjum za porady i zabiegi (sama porada 6 m., wstrzyknięcie dożylne salvarsanu 20 m., wstrzyknięcie podskórne lub wśródmiąższowe 6 m., mikroskopowe badanie na krętki blade 20 m., na dwoinki Neissera 6 m., badanie moczu 3 m., wprowadzenie zgłębnika metalowego do cewki 10 m., masaż gruczołu krokowego 6 m., Janet, Gyon, Ultzmann 8 m. i td.). Poradnie otrzymywały znaczne zniżki od fabryk, np. salvarsanu. Urząd ubezpieczeń opiekuje się również wenerycznie chorymi więźniami, i jest w łączności z władzami czuwającemi nad prostytucją.

J. Fick. **Projekt rozdziału: »Zwalczanie kiły».** Zwalczanie chorób wenerycznych wejdzie dopiero wtedy na odpowiednie tory, jeżeli zdejmie się z nich odium chorób płciowych. Najłatwiej da się to uczynić z kiłą, co do której należy uświadomić ludność, że jest chorobą całego ustroju. W tym celu proponuje autor przymusowe badanie krwi na odczyn Wassermanna, w pewnych okresach czasu 6—12 mies. Każdy obywatel musi posiadać dokument wyniku badania odczynu W., podobnie jak musi obecnie posiadać świadectwo przynależności, szczepienia ospy i td. Wskutek tego, gdy wszyscy będą zmuszeni zaopatrywać się w podobne świadectwa i poddawać się zabiegowi pobrania krwi do badania, kiła przestanie być chorobą tajną. Badania surowic odbywać się muszą w państwowych zakładach, a pobieranie krwi w całym szeregu państwowych ambulatorjów, ewentualnie każdy chory może poddać się temu zabiegowi u swojego lekarza. Przeprowadzenie tego projektu wyobraża sobie autor następująco: Państwo wyda następującą ustawę: »Kiła zagraża ludzkości. Dla rozpoznania jej jest badanie krwi na odczyn Wassermanna bardzo ważnym czynnikiem rozpoznawczym. Rząd czuje się zmuszonym wydać zarządzenie, aby każdy obywatel bez różnicy wieku i płci poddał się badaniu krwi. Kto uchyli się od badania, zmuszony będzie do tego drogą urzędową jakoteż podlegać będzie karze. Wolno jest badanie krwi wykonać u dowolnego lekarza. Aż do czasu . . . musi być każdy obywatel w posiadaniu poświadczenia badania krwi« — Odpowiednie zakłady wykonują tylko same badanie, nie starając się tłumaczyć wyników badań, chyba na wyraźne życzenie chorego. Na odpowiedniem świadectwie jest uwaga, że wskazane jest zapytać się lekarza o znaczenie wyniku badania. Autor przypuszcza, że w ten sposób usunie kiłę z zakresu tajnych chorób płciowych. Koszta wynikłe z tych badań ponosić musi państwo.

Mayr I. K. **Rozważania nad wychowaniem płciowem.** Autor, będąc zwolennikiem naturalistycznej lekarskiej tendencji, podporządkowującej całe życie płciowe zwykłym przejawom fizjologicznym, radzi wprowadzić objaśnianie życia płciowego w zakres nauki szkolnej. Sprawę życia płciowego należy umiejętnie połączyć ze zjawiskami fizjologicznemi roślin i zwierząt, ewentualnie posługując się odpowiedniemi ustępami z biblji lub piśmiennictwa. Najtrudniejszą sprawą jest sprawa dojrzałości względnie rozwinięcia umysłowego pojedyńczych uczniów, dlatego objaśnień powinien udzielać nauczyciel każdemu z osobna, a nie wobec wszystkich uczniów. Współudział rodziców jest konieczny, oni bowiem będą mogli udzielić wyjaśnień o życiu ucznia. Tylko współdziałanie tych trzech czynników, nauczyciela, ucznia i rodziców, doprowadzić może do celu.

F. Walter. (Kraków).

Stomatologja.

Deutsche medizinische Wochenschrift.

Nr. 36. 1921. str. 1069.

Neugebauer. **Rzadki przypadek śmiertelnego zatrucia bezwodnikiem arsenawym.** Pod powyższym tytułem opisuje autor jedyny w swoim rodzaju przypadek zatrucia arszenikiem u dentysty. Poszczególne okoliczności tego zatrucia są tak niezwykłe, iż zasługują w zupełności na to, by świat dentystyczny zapoznał się z niemi. Przytem, wnioski wysnute przez N, lekarza praktyka, nie posiadającego odpowiednich wiadomości z dentystyki, są zupełnie niesłuszne, tak że dokładna analiza faktów podanych jest w zupełności na miejscu. Odrazu winienem powiedzieć, iż mimo, że autor wspomina o dentyście (Zahnarzt), prawdopodobnie chodzi tu nie o rzeczywistego dentystę lecz o partacza, który podszywając się pod ten tytuł (co przy ustawodawstwie niemieckiem zwłaszcza w małem miasteczku jest możliwe) wykonywał dentystykę bez podstawowych wiadomości, i sam padł ofiarą nemezis. Nie można bowiem przypuszczać, by dentysta ukwalifikowany włożył do bolącego zęba ilość pasty arszenikowej wielkości »grochu«, ważącą prawie ćwierć grama, jak to miało miejsce w opisanym przypadku. Według Grevego «Taschenbuch für Zahnärzte, 1913« dał chory przyrządzić w aptece pastę o składzie następującym: Acid. arsenicos. 3.0, Cocain. mur 2.0, Acid. carbol. q. s. ut f. pasta, i z tej pasty włożył sobie do bolącego zęba ilość wielkości grochu (czy następnie zamknął Fletscherem nie wspomina, prawdopodobnie nie) i udał się na zabawę, gdzie dużo jadł i pił. W nocy uczuł mdłości, spostrzegł iż wkładkę arszenikową połknął, a przywołany lekarz rozpoznał na podstawie wywiadów zatrucie arszenikiem, które mimo energicznego leczenia sprowadziło po czterech dniach śmierć chorego wśród objawów bardzo przypominających cholerę. Nawiązując do tego spostrzeżenia wysnuwa N. dla braku odpowiednich wiadomości z dentystyki, wnioski, które wymagają sprostowania, gdyż wychodzą z fałszywego założenia, iż dentyści zwykle używają dla uśmierzenia bolu ilości arszeniku i kokainy, użytych w tym przypadku, co naturalnie zupełnie nie odpowiada rzeczywistości. Według obliczenia autora, pasta sporządzona według podanej powyżej recepty ważyła 6.3 g, i dało się z niej uformować 26 kulek wielkości groszku, każda wagi 0.24 g. W tej porcji znajduje się według powyższego stosunku arszeniku 0.1154, kokainy 0.075, a karbolu 0.05. Ponieważ dawka maksymalna wynosi dla arszeniku 0.005, kokainy 0.05, a karbolu 0.1, przeto wynika z powyższego obliczenia, że została ona przekroczoną dla arszeniku 23 razy, dla kokainy $^1/_2$ raza, a dawka karbolu pozostała o połowę w tyle za dawką najwyższą. Jest to dawkowanie tak dosadne, iż dowodzi zupełnego braku podstawowych wiadomości z dentystyki. Dr. Faulhaber (Berlin) w ocenie krytycznej powyższego przypadku podaje, iż odważywszy ilość pasty arszenikowej równą 0.24 g, a więc ilości użytej jednorazowo w powyższym fatalnym przypadku, podzielił ją na porcje, jakich zwykle używa do zatruwania miazgi w trzonowcach (w innych zębach naturalnie mniej), przyczem otrzymał 81 części. Łatwo obliczyć, iż w takiej porcji mieści się arszeniku 0.0014, a kokainy 0.0009, czyli arszeniku około trzy i pół razy mniej niż dawka najwyższa, a kokainy przeszło pięćdziesiąt. Dawka ta odpowiada mniejwięcej dawce podanej przez klasyków literatury dentystycznej: Flagga, Arkövyego, Prinza, podających jako dawkę dostateczną do przyżegania miazgi dwa miligramy arszeniku dla zębów trzonowych, a dla innych naturalnie mniej. Jest to dawka kilkakrotnie mniejsza od dawki najwyższej i może być, przy sumiennem zamknięciu, zupełnie spokojnie użytą. Naturalnie, że arszenik nie jest środkiem obojętnym i ostrożność przy jego użyciu jest zawsze wskazaną ze względu na możliwe uszkodzenie części miękkich jamy ustnej, co jednak przy należytem stosowaniu zawsze jest do uniknięcia, w opisanym natomiast przypadku została dawka najwyższa przekroczona prawie stokrotnie, co

dowodzi zupełnego braku podstawowych wiadomości z dentystyki u dotyczącego i nie może zatem dawać powodu do wysnuwania wniosków daleko idących i ostrzeżeń pod adresem dentystów, jak to czyni N. Naturalnie, że po założeniu wkładki arszenikowej i należytem zamknięciu jej pastą Fletschera należy choremu zalecić, by unikał gryzienia dotyczącą stroną szczęki, lecz obawa, by połknięta ilość arszeniku, nie dochodząca dwóch miligramów, wywołała ostre objawy zatrucia, jest zupełnie płonną. Ilość połkniętego arszeniku (0.1154) w powyższym przypadku odpowiada mniej więcej dawce śmiertelnej dla człowieka, wynoszącej 0.12, tak, że smutny wynik leczenia bólu zębów wkładką wielkości grochu, nie powinien dziwić.

Artykuł N-a przedostał się też do prasy codziennej niemieckiej i wywołał interpelacje ze strony czytelników, na które Dr. Faulhaber nie omieszkał odpowiedzieć. Dla publiczności służy opisany przypadek za dowód, iż leczenia zębów nie należy lekceważyć, lecz szukać porady jedynie u kwalifikowanych lekarzy-dentystów, a nie u partaczy, którzy, nie posiadając podstawowych wiadomości, śmią »leczyć«.

Dr. Allerhand (Lwów).

Ruch w Towarzystwach lekarskich — Zjazdy.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

XXII. Posiedzenie naukowe z dnia 16 czerwca 1922.

Przewodniczy kol. Franke. Obecnych 106.

1. Kol. Reis przedstawia chorą 23-letnią z **obustronnem wrodzonem porażeniem zewnętrznych mięśni ocznych.** Obie gałki w maksymalnem ustawieniu rozbieżnem — brak opadnięcia powiek górnych Pole pozierania, badane pegometrem kol. Krzemickiego, wykazuje całkowity ubytek, odnoszący się do zakresu działania mięśni prostych wewnętrznych, i znaczne zmniejszenie pola od góry i dołu.

W dyskusji kol. Rothfeld omawia wyniki badania czynności błędników u pomienionej chorej. Oczopląs poziomy występuje w postaci prawie normalnej na tem oku, ku którego stronie zwrócony jest szybki ruch nystaktyczny. na oku drugiem występuje tylko składowa rotacyjna. W miejsce nystagmu pionowego ku górze występuje nystagm kołujący na obu oczach ku górze i zewnątrz, w miejsce pionowego ku dołowi nystagm rotacyjny ku dołowi i zewnątrz. Z badań tych wynika, że dla powstania nystagmu poziomego wystarczy jeden mięsień prosty, w naszym przypadku prosty zewnętrzny którego skurcz daje szybką składową, a rozkurcz powolną składową nystagmu. Badanie nystagmu pionowego umożliwia w tym przypadku rozpoznanie szczegółowe niedomogi mięśni ocznych zwracających gałki ku górze, a mianowicie, że oba mięśnie proste górne i dolne są nieczynne, natomiast mięśnie skośne górne i dolne dadzą się pobudzić do kurczenia przez zadrażnienie błędników.

2. Kol. Mikulińska przedstawia dwa przypadki ślepych z urodzenia, u których operowano z powodu zaćmy wrodzonej na obu oczach Rodzeństwo (22-letnia dziewczyna i 18-letni chłopiec) oboje mieli przed operacją tylko poczucie światła stoczka i dobrą lokalizację. Po usunięciu zaćmy dziewczyna w pierwszych dniach nie rozpoznawała żadnego przedmiotu. Po jedno- lub kilkorazowem objaśnieniu nauczyła się szybko rozpoznawać najrozmaitsze przedmioty, określać ich kształt, wielkość, barwę i położenie, nauczyła się również orjentować się w przestrzeni Chłopiec natomiast, mimo operacji, prócz światła nie może rozpoznać na razie nic więcej. U obydwojga brak zmian chorobowych na dnie oka.

W dyskusji przemawiali kol. Demianowski i kol. Krzemicki (starszy), który zapytuje czy przedstawione przez koleżankę Mikulińską przypadki były badane w świetle bezczerwiennem i porusza sprawę zagadnienia, czy przypadki te przemawiają za teorją natywistyczną czy też empirystyczną

Kol. Reis zaznacza, że w tych przypadkach dna oka w świetle bezczerwiennem nie badano. Co się tyczy poruszonego przez kol. Krzemickiego zagadnienia, nadmienia że sprawa ta zajmowała umysły filozofów jeszcze w 18 stuleciu, a dane z piśmiennictwa zdają się przemawiać na korzyść teorji empirystycznej.

3 Dr. Penzias przedstawia rentgenogramy dwu niezwykle rzadko spotykanych przypadków:

a) **Uchyłka przełyku olbrzymiej wielkości** Chory ma lat 60. Ze strony przewodu pokarmowego dawniej nigdy nie miewał dolegliwości. przypomina sobie jedynie, że w młodości cierpiał na uporczywy ślinotok. Od 8 lat coraz częstsze wymioty schudł znacznie, bólów nie ma Prześwietlenie po podaniu 600 cm zawiesiny barowej którą spożył bez trudności wykazuje zawiesiną wypełniony kulisty zbiornik, o średnicy 12 cm zwieszający się od jugulum nad łukiem tętnicy głównej, aż do przedniego przyczepu żebra II-go.

b) Rentgenogram klatki piersiowej, okazujący niezwykły stan chorobowy, w którym jednak rozpoznanie in vivo okazuje się niemożliwem: w polu obu płuc rozsiane bardzo gęsto cienie owalne, o nasileniu cienia serca i większem. wielkości do pół cm średnicy, około wnęki gęściej niż na obwodzie, ostro odgraniczone, przy wdechu z płucem ruchome. Granice płuc miernie obniżone, słabo ruchome. Zresztą zmian w rentgenogramie nie widać. Zdjęcie to dotyczy chorego lat około 50., kupca, dobrze odżywionego, nie gorączkującego. W spostrzeganiu lekarskiem jest od lat 8. Wówczas zgłosił się do lekarza z powodu chrypki, która nagle wystąpiła i z nieznacznemi wahaniami dotąd się utrzymuje (niedowład więzadła). Prześwietlenie klatki piersiowej dało obraz prawie ten sam co dziś; guzków było wtedy nieco mniej. Chory cierpi na mierną duszność, ma wyraźną sinicę, kaszle mało, sucho. Wassermann ujemny. Próba na prątki gruźlicze ujemna. W porównaniu ze stanem przed 8 laty i dziś wybitniejszej zmiany w wyglądzie, wadze i stanie podmiotowym chorego niema. Podobne obrazy spotykamy przy: a) Calcinosis lub Coniosis, b) rozmaitych postaciach gruźlicy, c) rozsianych przerzutach nowotworu. Pylicę wyklucza już zajęcie chorego. Trudno przyjąć obecność tak dużej ilości kamyczków; z plwociną nigdy kamyczki nie odchodziły. Rozsiane zwapniałe ogniska lub gęsto stojące ogniska okołooskrzelowe gruźlicy musiałyby w ciągu 8 lat obserwacji chorego doprowadzić do wybuchu sprawy. Przeciw nowotworowi, prócz przebiegu, przemawia brak powiększenia gruczołów wnęki.

4. Kol. Ziembicki omawia przypadek **rozszerzenia przełyku niezwykłych rozmiarów**, objaśniając rzecz zdjęciem rentgenologicznem. Przełyk zajmuje prawie całą prawą połowę klatki piersiowej. Chory nauczył się go opróżniać przy pomocy szczególniejszych ruchów połykowych, wypijając nagle około pół szklanki płynu i zdaje sobie dobrze sprawę z momentu, w którym treść, nagromadzona powyżej przepony, przesuwa się do żołądka. Cierpienie jego trwa około lat 20. Pierwszym objawem był nagły ból w okolicy przeponowej i niemożność połykania. Okresowo występują obecnie bóle i trudności w przesuwaniu się pokarmów, objawy, które mogą być następstwem odczynów, wywołanych zaległościami, które też ustępują pod wpływem dyety i alkalizowania. W krótkości przytacza mowca zapatrywania na etjologję i patogenezę, powołując się na monografję Sargnona (Journal de Médecine de Lyon 1921).

5. Kol. Węgłowski, w związku z wykładem wygłoszonym na posiedzeniu XXI, przedstawia chorego z **całkowitym zanikiem jądra po operacji przepukliny sposobem Bassiniego.** Zdaniem mowcy. sposób Bassiniego wytwarza nieprawidłowe stosunki w okolicy pachwinowej, powoduje stały ucisk powrózka nasiennego i przyczynia się do upośledzenia czynności jądra. Zanik jądra może wywołać także uraz przewodu nasieniowego, nerwu lub też tętnicy nasieniowej, towarzyszący opróżnianiu worka przepuklinowego. Przy sposobie operacji, poleconym przez mowcę nie występują nigdy podobne następstwa.

6. Kol. Schusterówna przedstawia preparaty **rozwojowych wad u dzieci.**

a) Wątrobę dziecka 7 miesięcznego z daleko posuniętą marskością żółciową **wywołaną brakiem przewodów żółciowych**, i połączenia wątroby z dwunastnicą. Woreczek żółciowy wypełniony bezbarwnym śluzem; z woreczka prowadzi cieniutki przewód do brodawki Vatera, w dolnej części bez światła.

b) **Przełyk z wrodzoną niedrożnością wskutek częściowego zarośnięcia**; preparat pochodzący od dziecka 2 dniowego. Oba odcinki, górny i dolny, są ślepo zakończone; między niemi niema żadnego połączenia.

c) **Serce** z wadą złożoną znalezioną u dziecka 2 tygodniowego, i to z otworem w przegrodzie międzykomorowej i z niedorozwojem ujścia żylnego lewego, które jest nadzwyczaj wązkie i małe.

W dyskusji przemawia kol. Węgłowski, który omawia rozwój embrologiczny przełyku i wątroby.

7. Kol. A. Zakrzewski przedstawia szereg narządów pochodzących z trzech zmarłych z powodu **lymphogranulomatosis.** W przypadku pierwszym najwybitniejsze zmiany stwierdzono w zakresie gruczołów chłonnych śródpiersia. Powstał tu przez zlewanie i zrastanie się jednolity guz, ścieśniający duże pnie naczyniowe. oraz ugniatający miąższ obu płuc w okolicy wnęki. Mniej powiększone były gruczoły chłonne szyji i podszczękowe. Śledziona zawierała szereg dużych guzów dochodzących do wielkości jaja kurzego. Guzy te zbite, sterczące ponad powierzchnię, jakgdyby przesuwalne w obrzękłym miąższu, sprawiały wrażenie przerzutów nowotworowych. Szczególnie zajmujący był przypadek drugi, w którym cierpienie umiejscowiło się przedewszystkiem w obu płucach, wątrobie i prawej nerce pod postacią licznych guzków w płucach nie przenoszących wielkością orzecha laskowego, w wątrobie zaś większych od jaja gęsi. Wobec braku wybitnych zmian w gruczołach chłonnych sprawa przedstawiała się makroskopowo zupełnie jak obraz licznych przerzutów złośliwego nowotworu, z niewiadomym punktem wyjścia. Dopiero badanie mikroskopowe stwierdziło w guzkach utkanie typowe dla młodej postaci lymphogranulomatozy. W tym samym przypadku stwierdzono współcześnie obecność starszej gruźlicy w gruczołach chłonnych klatki piersiowej. kreski jelita cienkiego i w błonie śluzowej jelita około zastawki Bauhina. oraz świeżej w gruczołach chłonnych pachwinowych. Przypadek trzeci dotyczył chorego, u którego już przed trzema laty stwierdzono klinicznie lymphogranulomatozę. Chory był przez długi czas leczony naświetlaniem promieniami Roentgena. Przy sekcji wykazano zmiany w gruczołach chłonnych wnęki płuc, pach, w gruczołach zaotrzewnowych,

które utworzyły wzdłuż trzonów kręgosłupa lędźwiowego guz, zwężający światło tętnicy głównej i żyły próżnej dolnej, oraz szereg drobnych guzków, rozmieszczonych w miąższu wątroby i śledziony. Obraz anatomiczny i histologiczny potwierdza długotrwałość cierpienia; gruczoły są zbite, twarde, na rozkroju okazują liczne drobne ogniska martwicy, a mikroskop stwierdza znaczną ilość starszej tkanki łącznej, charakterystycznej dla starszych procesów ziarninowych.

W dyskusji przemawiali kol. Nowicki i kol. Rencki, który krótko przedstawia dane kliniczne ostatniego demonstrowanego przypadku.

8. Kol. Mehrer wygłasza odczyt na temat „**Wczesne rozpoznawanie i leczenie gruźlicy nerek**" (Ukaże się drukiem).

W dyskusji kol. Rencki podnosi, że wczesne objawy gruźlicy nerek łatwo rozpoznać, niekiedy jednak można je zamienić z cystopyelitis na tle bact. coli, rozpoznanie wówczas rozstrzyga cystoskopia. Gruźlica nerek może się nieraz i sama zagoić. Kol. Rencki spostrzegał 2 przypadki, z których jeden po 12-tu latach nie okazywał żadnych objawów chorobowych.

W dyskusji kol. Leńko. Do bardzo wczesnych zmian gruźlicy nerek dających się widzieć cystoskopem, należy przekrwienie lub owrzodzenie na ujściu wewnętrznem tj. szyjce pęcherza, przy pierwotnej gruźlicy nerki, a nie około jednego ujścia moczowodowego. Ścisłe badania wykazały możliwość powstania pierwotnej gruźlicy miedniczki nerkowej, zaczem może przemawiać wzmożona kwasota moczu bez głębszych zmian w moczu oprócz większej ilości i wczesnego zmętnienia. Wcześnie niekiedy mamy przy gruźlicy nerki ropień okołonerkowy, przyczem w samej nerce nie widzimy większych zmian Rozróżniamy gruźlicę nerek następową tj. drogą zakażenia wstępującego, zwykle od któregoś najądrza, przyczem proces specyficzny może minąć pęcherz, zająć jedno ujście moczowodu i rozwinąć się dopiero w nerce. Szkoła francuska a w Niemczech Israel zwrócił uwagę na bolesność moczowodu niekiedy już wcześnie występującą, macalnego zwłaszcza u kobiet a wskazującego na stronę początkowej gruźlicy nerki. Ponieważ statystyka mowcy wykazuje wiele przypadków pierwotnej początkowej gruźlicy drogą krwi, odrazu w obu nerkach, dlatego przy mętnym moczu z obu nerek uzyskanym cewnikowaniem moczowodów, należy bardzo ostrożnie postępować. byśmy nie usunęli jednej nerki bezsprzecznie chorej podczas gdy i druga wykazuje zmiany, choć mniejsze. Jest zdania. że dwie liche są lepsze dla chorego niż jedna mniej zła. Pierwotny zapał wycinania gruźliczej nerki, w nowszych czasach zwłaszcza we Francji bardzo ostygł; niejednokrotnie robimy cięcie przez połowę nerki, odcięcie zepsutych części, pyelostomję, leczymy pęcherz jako główne siedlisko bólów u chorych z gruźlicą narządu moczowego lub leczymy miedniczkę stosownemi płynami, nigdy nie zaniedbując leczenia ogólnego Zagadnienie o wartości nerek przy gruźlicy ze zmianami różnemi w obu, należy do najtrudniejszych w chirurgji nerek i nie należy pominąć niczego, byśmy z jednej strony chorego nie operowali za późno, lecz z drugiej strony nie usuwali jednej nerki w tej nadziei, że druga sama jedna przez wzmożony dopływ krwi ulegnie wygojeniu. Nawet los umierających powoli z gruźlicy jedynej nerki, pozostałej po usunięciu bardzo szybko powstałego roponercza gruźliczego prawie zamkniętego, na mocznicę lub przewlekłą posocznicę moczową, powinien nas przestrzedz przed nadto szybkiem rozstrzygnięciem wyjęcia nerki gruźliczej. Usuwa tylko nerki zdecydowanie zupełnie bez wartości dla organizmu lub organizmowi szkodzące. O osobniczem różnem oddziaływaniu chorych na działanie jadów wskutek zmian gruźliczych w jednej nerce, którąby należało wcześnie usunąć, wspomina tylko mimochodem. (streszczenie własne).

Kol Ostrowski podnosi, że stwierdzenie gruźlicy i w drugiej nerce nie zawsze musi być przeciwwskazaniem do usunięcia pierwszej, gdyż doświadczenie uczy, że nieraz następuje poprawa w pozostałej nerce.

Kol. Ziembicki przypomina. że ś. p. prof. Grzegorz Ziembicki przyznawał wartość podanemu przez Bazyego spostrzeżeniu o bolesności lub nacieczeniu moczowodu po stronie chorej (obmacywanie przez odbytnicę lub pochwę). Przypomina następnie, że statystyka lwowskiego Instytutu Anatomo-Patologicznego wykazuje około 70 % obustronnego zajęcia nerek. Badania histologiczne Hornowskiego przekonały o obecności zmian tam, gdzie makroskopowo nie było ich widać (Zjazd Lekarzy Polskich we Lwowie 1907). To tłumaczy sprzeczności, zachodzące między statystyką anatomiczno-patologiczną, a kliniczną gdyż minimalne zmiany mogą nie dawać żadnych objawów. Z tym faktem należy się liczyć i jak sądzi mowca, dobrze każdy przypadek rozważyć przed decyzją

H. Schusterówna, w zastępstwie sekretarza.

Towarzystwo lekarskie Łódzkie.

Posiedzenie naukowe z dnia 5 kwietnia 1922.

Kol. Goldberg wygłosił odczyt p. t. **O rentgenologicznem badaniu żołądka.** Opierając swe wywody na 300 dokonanych przez siebie badaniach żołądka mowca omawia z początku fizjologiczne stany i położenia żołądka, rozchylanie się tegoż narządu na czczo, ruchy robaczkowe. Następnie omawia niedomogę mięśniową wraz z jej przyczynami i objawami. Przechodząc następnie do owrzodzeń, wskazuje na różnicę ruchów robaczkowych i zachowanie się odźwiernika przy wrzodach obu krzywizn i części odźwiernikowej, zwracając uwagę na spostrzegany przez siebie i nieopisany dotąd objaw przesunięcia na prawo żołądka przy jego opróżnianiu w przypadkach wrzodu odźwiernika. Przechodząc do raków, mówca wskazuje upośledzenie ruchów robaczkowych, jako wczesny objaw guza.

Odczyt był uzupełniony pokazem przeźroczy. (Streszczenie własne).

Posiedzenie naukowe z dnia 19 kwietnia 1922.

1. Kol. Leyberg przedstawia przypadek **pokrzywki barwikowej** u 22 l. chorej. Rozpoznanie kliniczne stwierdzone anatomo-patologicznie: nagromadzenie komórek tucznych w brodawkowej części skóry, obfity barwik w podstawowych warstwach naskórka.

2. Kol. Frenkel i Krausz przedstawiają przypadek **porażenia nerwów gałkoruchowych** prawego oka u 26-o letniego chorego.

3. Kol. Frenkel przedstawia przypadek **niedowładu nerwu okoruchowego** pochodzenia kiłowego.

4. Kol. Sonenberg wygłosił odczyt p. t. **Dwa przypadki ogólnego zaczerwienienia i łuszczenia się skóry.**

Po szczegółowem zbadaniu obu przypadków S. zaznaczył, że każdy przypadek przedstawia osobną grupę chorób, których objawem dominującym jest ogólne zaczerwienienie i łuszczenie się skóry. Pierwszy — grupę ogólnych zapaleń wtórnych skóry pod wpływem podrażnienia zewnętrznego lekami lub też takowego u osób osłabionych; drugi — grupę ogólnych łuszczących się zapaleń skóry pierwotnych.

Przypadek drugi uważa kol. S. za przypadek łupieżu czerwonego Hebry. Kol. S. przedstawia fotografje chorych. W dyskusji zabiera głos kol Leyberg.

5) Kol. Sterling pod ogólnym tytułem: **Z praktyki lekarskiej** mówi:

a) **O włośnicy.** b) **O nadużywaniu djety bezsolnej w żywieniu chorych.** c) **O Novasurolu, jako środku moczopędnym.** — Wszystkie trzy rzeczy przeznaczone do druku.

6. Kol. Banasz przedstawia: a) **preparat nerki** usunięty z powodu przypuszczalnej **gruźlicy** — okazała się podczas operacji **nerka torbielkowata**; b) preparat **gruczołu krokowego**, wyciętego w II-m akcie po uprzedniej cystostomji.

Posiedzenie naukowe z dnia 3 maja 1922.

1. Kol. Leyberg przedstawia a) **dziecko z twardziną skóry** (*sclerodermie en plaques*); b) kobietę z arseno-melanosis.

2. Kol. Leyberg wygłosił odczyt p. t. **Powikłania nerwowe przy kile wczesnej i ich stosunek do płynu mózgowo-rdzeniowego.**

W dyskusji zabierali głos koledzy: Sterling, Sonenberg, Silberstrom, Venulet, Frenkel i Mikulski.

Posiedzenie naukowe z dnia 16 maja 1922.

1. Kol. Grosglik przedstawił a) **chłopca z parchami.** b) **kobietę z wysypką kiłową.**

2. Kol. Schweig — chłopca z wrodzoną **anomalją rogówek;**

3. Kol. Starzyński wygłosił odczyt p. t. **Powikłania nerwowe przy kile wczesnej i ich stosunek do płynu mózgowo-rdzeniowego.**

W dyskusji zabierali głos koledzy: Sterling, Sonenberg, Silberstrom, Venulet, Frenkel i Mikulski.

Posiedzenie naukowe z dnia 7 czerwca 1922.

1. Kol. Karwicki przedstawia operowany przez siebie przypadek **ciała obcego gałki ocznej.**

2. Kol. Frenklowa wygłasza odczyt p. t. **Nowsze badania nad rolą wapnia w powstawaniu i leczeniu chorób dzieci.** Rzecz będzie ogłoszona drukiem.

W dyskusji Sterling: Najwłaściwszym punktem wyjścia dla wywodów byłoby uwzględnienie roli wapnia we wzroście normalnym, bo z tego punktu najprościej byłoby rozpatrzeć zboczenia, o których mowa w odczycie. Wapień magazynowany w tkankach jako koloid, w tym stanie nie może dyfundować przez otoczkę komórki nazewnątrz: dopiero kiedy pod wpływem podrażnienia swoistego (hormony?) przechodzi znów w stan krystaloidu, przesiąka do krwi (analogja do stosunku, zachodzącego między cukrem a glikogenem).

Kol. Tenenbaum — mówi o chaosie panującym w stosowaniu wapnia. Stosował on często przy krwotokach ze skutkiem lepszym, aniżeli przy stosowaniu innych środków, przy rozcieńczeniu od 5% do 50% śródżylnie Moczopędnego działania nie zauważył. Działanie wapnia na mięsień sercowy tłumaczą sobie dużą zawartością wapnia w tymże, czem chcą sobie tłumaczyć również dodatnie działanie wód Nauheimskich. Niezupełnie wytłumaczonym wydaje kol. T. działanie wapnia przy astmie, zdawałoby się, że wzmagając napięcie nerwu błędnego wapń powinien wpływać na wzmaganie się astmy, a nie przeciwnie.

Kol. Klozenberg wspomina o możliwości substytucji wapnia przez stront; podkreśla tonizujące działanie wapnia na nerw współczulny, jak to wykazały badania Meyera przy zatruciach kwasem szczawikowym.

Kol. Kryszek chce niejasności, dotyczące działania wapnia na układ nerwowy, objaśnić w ten sposób, że należy odróżniać uspokajające działanie Ca na cały układ nerwowy (tężyczka) od działania tegoż na układ współczulny, analogicznie do jonów potasowych, uczulających układ błędny. W ten sposób dałoby się wyjaśnić efekt terapeutyczny Ca przy astmie.

Pozatem brali udział w dyskusji kol. Mogilnicki, Cieszyński i prelegentka.

3. Kol. Sterling oznajmia o zamianowaniu kol. Venuleta profesorem Wszech. Warszawskiej i wyraża żal, że ubywa Towarzystwu tak wysoce pożyteczna siła naukowa.

4 Kol. Cieszyński referuje o **komitetach propagandy higjeny dziecka i dorosłych Czerw. Krzyża.**

5. Kol. M. Kon pokazał preparaty: a) **zaśniadu groniastego; b) uterus myomatosus exulceratus.**

Związek lekarzy P. P. Okręg łucki.

Posiedzenie naukowe z dnia 17 lutego 1922 r.

Przewodniczy kol. Fr. Miłaszewski. Obecnych 19.

1. Kol. M. Jasiński przedstawił 14-letnią dziewczynkę, z **torbielą retencyjną spojówki** prawego oka, wielkości wydłużonego orzecha laskowego, umiejscowioną w składce przejściowej (*fornix superior*) pod górną powieką. — Powieka górna opadnięta, nieruchoma, odwrócić jej nie można, przeszkadza guz, wypuklający się na zewnątrz pod skórą powieki. Przy uniesieniu powieki widać torbiel napełnioną płynem przeźroczystym. Po dokonaniu próbnego nakłucia i zbadaniu wydobytego płynu należy przyjąć, że torbiel powstała z dodatkowych gruczołów łzowych Krausego. Torbiel powstała w ciągu trzech miesięcy na tle nieżytu spojówki. — Po nakłuciu płyn w znacznej części wyciekł i rodzice chorej nie zgodzili się na operację radykalną.

W dyskusji wszyscy uznali, że przypadek należy do niezwykle rzadkich.

2. Kol. A. Wojnicz przedstawił kobietę zamężną, lat 24, rusinkę z okolic Łucka, z **zupełnym brakiem pochwy i macicy z przydatkami**, przy prawidłowym zresztą rozwoju całego ciała (Autoreferat). — A. M., lat 24, pochodzi ze zdrowej gospodarskiej rodziny. — Rodzice żyją: ojciec ma 65 lat, matka 60, mieli 12-o dzieci, z których żyje 5-o, z tych dwie starsze siostry chorej są zamężne i dzietne, brat 28 lat żonaty i dzietny, najmłodsza siostra ma lat 16 i już miesiączkuje. O zmarłych dzieciach matka ich mówiła, że były prawidłowo zbudowane, a poumierały w wieku od 2 do 5 lat z chorób zakaźnych.

Przedstawiona chora rosła i rozwijała się normalnie; w 16 roku życia porosły włosy na wzgórku łonowym i rozwinęły się piersi, lecz miesiączki nie było, natomiast bardzo często w godzinach rannych miewała krwotoki z nosa, jak podaje, z lada powodu. Krwawienia z nosa powtarzają się dotychczas i bez jakiejkolwiek prawidłowej okresowości. — Rodzice chorej nie zwracali uwagi na brak miesiączki u córki, przypuszczając, że z czasem sama przyjdzie. — Mając przykład we wsi, iż jedna z dziewuch dopiero po wyjściu za mąż dostała „na bieliźnie", kiedy się zdarzył konkurent, wydali córkę za mąż za 19-o letniego chłopca wiejskiego. Po roku pożycia małżeńskiego A. M. zwróciła się o poradę lekarską do łuckich kolegów i do mowcy, przy tem oświadczyła, że mąż nie protestuje, jest zadowolony, lecz ona martwi się i denerwuje, czując, iż nie tak jest, jak powinnoby być. — Na zapytanie czy mąż nie ucieka się do pederastji, chora stanowczo zaprzecza. — Przy oględzinach lekarskich okazało się, co następuje:



A. M dobrze i dość ładnie zbudowana, dość inteligentna, porost włosów na głowie nieco słaby, piersi i narządy płciowe zewnętrzne dobrze rozwinięte, gruczoł tarczowy uwydatniony, nos i gardło są prawidłowe, serce, płuca, kanał pokarmowy, gruczoły jamy brzusznej — zdrowe. — Ostatniemi czasy z powodu zmartwienia apetyt się zmniejszył i waga ciała spadła: przed zamążpójściem ważyła 158 funtów, obecnie 146 f.



Badanie narządów płciowych wykazało: uwłosienie prawidłowe, wargi sromne duże, małe i łechtaczka prawidłowo rozwinięta, po rozchyleniu warg małych pod prawidłowo rozwiniętą cewką moczową na miejscu błony dziewiczej głucha nieco wklęsła ścianka wysłana śluzówką, przy ucisku palcem łatwo usuwająca się w głąb miednicy małej na 3 do 4 cm. Zapomocą najcieńszych zgłębników nie można wykazać jakiegokolwiek przewodu względnie pochwy. Przy badaniu dwuręcznem przez odbytnicę i ścianę brzuszną okazało się, że odbytnica jest nie rozciągnięta, palce obu rąk nad kością łonową schodzą się łatwo i nie wyczuwa się ani śladu żadnego sznureczka, przypominającego pochwę nierozwiniętą, ani śladu guzika lub węzełka ani też zgrubienia, przypominających zanikłą macicę albo jajniki. — Po starannem zbadaniu należało przyjąć, że chora dotknięta jest zupełnym brakiem pochwy, macicy i przydatków. Wprawdzie prof. Pankow z Düsseldorfu mówi, że „zupełnego braku macicy u płodu zdolnego do życia, nie bywa. W wypadkach opisanych pod postacią zupełnego braku macicy u kobiet dorosłych w rzeczywistości było albo obojnactwo męzkie albo też szczątkowa macica pod postacią płaskiej smugi, leżącej poza otrzewną i przeoczonej z powodu braku pochwy". (Podr. Ginekologji wyd. zbiorowe prof. C. Menge i prof. E. Opitz, w tłumaczeniu rosyjskiem z roku 1914. str. 495).

W dyskusji zabierali głos koledzy Mininzon, Miłaszewski, Bejlin i inni, którzy badali chorą i przyszli również do wniosku, że ma się do czynienia z zupełnym brakiem pochwy i macicy z przydatkami. — W sprawie leczenia kol. Mininzon wspomniał o sposobie prof. Snegirewa z Moskwy, który w takich przypadkach tworzył pochwę z kiszki prostej.

Kol Bejlin przypomniał, iż sposób prof. Snegirewa w swoim czasie poruszył opinię prasy ogólnej, która zarzucała prof Snegirewowi barbarzyństwo z tego powodu. — Kol. Miłaszewski wskazał jeszcze na sposób operowania Dr. Baldwin'a z Columbus Ohio, który użył kiszki cienkiej dla stworzenia pochwy. — Kol. Wojnicz był zdania iż operacja w danym przypadku miałaby charakter ograniczenie utylitarny i wymagałaby od operatora techniki i warunków klinicznych większych, niż może dać szpital powiatowy, przeto chorą należy skierować do większego środowiska.

Prezes *Fr. Miłaszewski.* Sekretarz. *A Wojnicz.*

Towarzystwo lekarskie polsko-francuskie w Warszawie.

Posiedzenie naukowe z dnia 11 maja 1922 r.

Po zagajeniu przez przewodniczącego prof. J. Mazurkiewicza odbył się odczyt prof. Krzyształowicza p. t. **Znaczenie francuskiej szkoły dermatologicznej**: K. omówił rozwój dermatologji we Francji, zaczynając od czasów Lorry'ego. który w roku 1777 w dziele *„Tractatus de morbis cutaneis"* uznał samoistność chorób skórnych i wprowadził pojęcie artrytyzmu, przeszedł następnie do opisu prac Alibert'a Rayer'a, zatrzymując się nad badaniami nad pasorzytem świerzba, wykrytym przez Renucci'ego w 1813, a opisanym pod względem biologicznym przez Raspail'a, oraz innemi badaniami nad mykologją skóry Omówiwszy rolę Bazin'a we Francji, który dokładnie opisał choroby skórne, powstałe na tle pasorzytów zwierzęcych i roślinnych, i wprowadził do dermatologji pojęcie konstytucjonalizmu, mówca przeszedł do czasów nowszych Ernest Besnier musi być uważany za twórcę nowożytnej szkoły francuskiej dermatologji; opierając się na teorjach konstytucjonalizmu poprzedników, dążył do podziału etjologicznego chorób, zachęcając swych uczniów do badań histopatologicznych i bakterjologicznych. Brocq podkreśla w ocenie choroby jakość i własności ustroju; oddziela jednostki chorobne (*entités morbides vraies*) od odczynów skórnych (*réactions morbides individuelles*) t. j. stanów chorobnych. Odczyn w skórze jest warunkowany nietylko jakością działającego czynnika, ale i zależnym od usposobienia. Darier daje oryginalny podział chorób, zwraca uwagę na „tuberkulidy", dzieli postacie chorobne, zwane wypryskiem, na trzy grupy, usiłując wprowadzić ład w dziedzinie schorzeń, w której istnieje jeszcze zamieszanie. Sabouraud zwraca uwagę na badania mikrobjologiczne; prace jego z działu grzybic naskórka i włosów są dziś powszechnie znane. Badania jego nad liszajcem zwyczajnym rzuciły dużo światła na tę grupę postaci wypryskowatych. Badania nad łojotokiem i schorzeniami złuszczającemi pozostaną cennym dokumentem w nauce.

Omówiwszy badania i prace najnowszych dermatologów francuskich, zatrzymał się mówca dłużej nad leczeniem radem, zapoczątkowanem w Paryżu od czasów Becquerel'a, następnie Curie-Skłodowskiej i jej przedwcześnie zmarłego męża aż do prac autorów jak Daulor, Wickbram i Degrais.

2) Prof. L. Kryński. **O zgorzeli gazowej w świetle badań autorów francuskich.** Mówca zwrócił uwagę na fakt, że o ile przed wojną światową zgorzel gazowa była zjawiskiem bardzo rzadkiem, to pojawiła się licznie w czasie jej trwania, spotykano ją i w naszych szpitalach, a we Francji prof. Guermonprez z Lille poświęcił jej badaniu czterotomowe dzieło. Już Ambroise Paré zdawał w 1562 roku Karolowi IX sprawozdanie o tem cierpieniu, które dziesiątkowało rannych podczas oblężenia Rouen. Pracowali nad wyświetleniem tej sprawy Dupuytren, Larey, Delpeche, zwracał na nią uwagę Pirogow. Nad zarazkiem prowadzili studja Pasteur, Koch, Vincent na Madagaskarze; w nowszych czasach zajmowali się tą sprawą Sequin i Weinberg oraz Coles. Nie mamy w tem cierpieniu do czynienia z jednostką chorobową

lecz tylko z zespołem objawów. Mówca omówił badania Forgue'a z Montpellier, opisał kliniczne objawy tego złośliwego, postępującego obrzęku, prowadzącego do gnicia i zgorzeli, idącej w głąb do mięśni. Omówiwszy ważność racjonalnie założonych pierwszych opatrunków na polu bitwy, badania laboratoryjne ropy z opatrunków w szpitalach polowych we Francji podczas wojny, metody operacyjne, polegające na wycinaniu rany, przeszedł do opisu metod przemywania ran ropiejących płynem Carrel'a-Dakin'a. Prócz tego płynu próbowano stosować formol, karbol lub eter kamforowy, stosowano czynniki fizyczne, jak heljoterapję, suche powietrze nagrzane do 500° (Quénu), gorące przemywania przy 60° (Forgue); środki żrące jak kwasy nieorganiczne, jodynę, chlorek cynku (Depage). Wielkiem zastosowaniem cieszyła się surowica Seguin'a i Weinberg'a (*serum polyvalens*), ew. stosowana w formie przemywania ran. W szybko postępujących wypadkach, zgorzeli gazowej zostaje wreszcie amputacja kończyny, jako ostatni środek. Nowe metody leczenia znakomicie zmniejszyły wysoki odsetek śmiertelności w tem schorzeniu.

A. Stefanowski.

Uczczenie lekarza Amerykańskiego Czerwonego Krzyża.

W niedzielę 18 b. m. w lokalu Stowarzyszenia Lekarzy Polskich odbyła się żałobna nroczystość, zorganizowana staraniem tej największej w stolicy korporacji lekarskiej, a poświęcona uczczeniu pamięci ś. p. Dr. J. B. Voora, który jak żołnierz na posterunku padł rażony tyfusem, podczas podróży inspekcyjnej, którą jako lekarz przedstawiciel Amerykańskiego Czerwonego Krzyża odbywał w okolicach Baranowicz, w celu organizacji pomocy sanitarnej dla naszych repatrjantów. Stan lekarski, odczuwając całą powagę i tragedję tej ofiary życia dla naszych spraw, przez obywatela amerykańskiego, postanowił uczcić Jego pamięć, tembardziej, że Amerykański Czerwony Krzyż, spełniwszy kolosalną pracę samarytańską w naszym kraju, wkrótce już nas opuszcza.

W pięknie przybranej zielenią, flagami amerykańskiemi i polskiemi sali zebrań Stowarzyszenia Lekarzy Polskich zgromadzili się przedstawiciele Amerykańskiego Czerwonego Krzyża w osobach: p. dr. Taylora, dr. Mitchel'a i dr. Philipsa, Baronowej Kruse, Minister spraw zagranicznych p. Skirmunt, Przedstawiciel Ministerstwa Zdrowia Publicznego, Dyrektor Departamentu dr. Borzęcki, Prezes Polskiego Czerwonego Krzyża Gen. J. Haller, Prezes Rady Miejskiej p. Baliński, lekarz naczelny Misji Francuskiej, V. Prezes T-wa Lekarsk. francusko-polskiego dr. Gauthier, drugi V. Prezes tegoż T-wa dr. W. Kamocki, Główny lekarz Czerw. Krzyża Polskiego dr. Śmiechowski, Prof. Bieliński oraz licznie zaproszeni goście, V. Prezes T-wa Lekarskiego Dr. W. Starkiewicz, Prezes Związku lekarzy polskich Obwodu Warsz. dr. Łuczycki i członkowie Stowarzyszenia.

Pierwsze przemówienie wygłosił Prezes Stowarzyszenia Lekarzy dr. Jan Bączkiewicz podnosząc wiekopomne zasługi Ameryki dla sprawy polskiej, następnie owocną samarytańską działalność Czerwonego Krzyża Amerykańskiego w naszym kraju w dziedzinie pomocy dla dzieci i dla naszych repatrjantów. Zaznaczył całą tragedję złożonej ofiary życia dla nas przez dr. Voora i zakończył swe przemówienie słowami:

„Sądziliśmy, że mogiła śp. dr. J. B. Voor'a pozostanie na naszej ziemi, jako widomy znak tego poświęcenia, jakie szlachetna Ameryka dla cierpiącej ludności naszej okazała, a że pomnik w tej mogile będzie znów widocznym znakiem tej wdzięczności, jaką Polska czuje i czuć powinna dla wspaniałomyślnej Ameryki".

„Skoro jednak rodzina dra Voor'a zapragnęła jego zwłoki przenieść do miejsca rodzinnego, musimy schylić czoło przed taką decyzją, wszak rodzina ma pierwsze po temu prawa, aby szczątki dr. Voor'a pochować w ziemi ojczystej, bo ta zawsze najbliższą mu będzie".

„Nie byłaby mu ciężką i ta ziemia polska, bo zroszona łzami obywateli polskich pokryłaby się kwieciem, który spowity w całem uczuciu otoczyłby mogiłę ś. p. dr. Voor'a".

„Pragniemy jednak, aby z działalnością Czerwonego Krzyża Amerykańskiego w Polsce w związku z tragiczną śmiercią jego dzielnego przedstawiciela — lekarzy — padłego na polu walki z epidemjami, w naszej korporacji lekarskiej był widoczny znak tego uznania, jakie odczuwamy, jako lekarze, i tej głębokiej wdzięczności, jaką żywimy, jako Polacy. Dlatego postanowiliśmy w sali naszych posiedzeń zawiesić ten portret, aby świadczył o naszych uczuciach i wskazywał wzór szczytnej służby dla ideałów ludzkości".

Po tem przemówieniu Prezes zawiesił w obranem miejscu portret ś. p. dr Voor'a

Następnie w imieniu Czerwonego Krzyża przemówił Gen. J. Haller silnie pokreślając zasługi Czerwonego Krzyża Amerykańskiego, zarówno na zachodnim froncie, jak i na wschodnim, podczas wojny bolszewickiej, a ostatnio w ciągu wojny epidemicznej, idącej do nas od wschodu, podczas której padł ś. p. dr. Voor

Generał J. Haller udekorował orderem zasługi Czerwonego Krzyża I-go Stopnia portret ś. p. dr. Voor'a. — Następnie znów imieniem Stowarzyszenia przemówił członek honorowy stowarzyszenia dr. A. Przyborowski, który zaznaczył, że Wielki naród Amerykański, zdobywszy potęgą podstawę materjalną nie tonie w bezmyślnem spożywaniu dóbr materjalnych, ale swój umysł i pracę prowadzi w kierunku hodowania najwyższych problemów duchowych, staje po stronie sprawiedliwości i miłosierdzia, następnie podniósł, że praca Amerykańskiego Czerw. Krzyża odbywała się wśród narodu polskiego, który w wysiłku różnorodnych czynników utracił był swoją niepodległość, a zależność polityczna sprowadziła utratę niektórych naszych przymiotów, niektóre zaś wrodzone nasze wartości doprowadziła do stanu utajenia, odwracając naszą uwagę i wysiłki od zagadnień życia praktycznego, a te są niezbędne dla egzystencji narodu. Pod wpływem naszych poetów i artystów pochowaliśmy naszego ducha narodowego, ale wpadliśmy w romantyzm, który na progu nowej ery nie da się pogodzić z twardą rzeczywistością i silną polityką.

Działalność Czerwonego Krzyża Amerykańskiego u nas nie tylko jest wielkiej doniosłości samarytańskiej, ale okaże się opatrznością, dzięki przykładowi i wytrwałej umiejętnej pracy i praktycznego życia, co wnieśli do nas Amerykanie, jako przedstawiciele narodu, który przez pracę i trzeźwe życie doszedł do znaczenia i potęgi. W końcu w imieniu Zawodu Lekarskiego dr. Przyborowski złożył wyrazy uznania i wdzięczności za tę działalność.

Po tych przemówieniach zabrał głos Prezes Czerwonego Krzyża Amerykańskiego Dr. Taylor, który, podnosząc zalety i zasługi dr. J. B. Voor'a, dochodzi do przekonania, że śmierć jego widocznie przez Rozumnego Boga przeznaczona była dla celów dobra. Śmierć ta dała sposobność do zacieśnienia węzłów przyjaźni między dwoma narodami: polskim i amerykańskim. Dr. Taylor zakończył swą mowę w te słowa: „doszliśmy do urzeczywistnienia pojęcia, że nie istnieją żadne zapory powstające z różnic języka, urodzenia i wychowania", bo w głębi serc naszych wszyscy jesteśmy braćmi".

„Dr. Voor, żył dla określonego celu, oddał swe życie za sprawę".

Przemówienie zakończył znów krótkiem przemówieniem Prezes Stowarzyszenia lekarzy dr. J. Bączkiewicz, potwierdziwszy, że „uroczystość obecna jest dla nas Polaków podniosłą, nie dlatego, że mamy możność okazania naszej wdzięczności, bo ta tylko czynami również szlachetnemi dowiedzioną i spłaconą być może, ale podniosłą dlatego, że mamy możność zaznaczenia naszych obowiązków względem szlachetnych pionierów ideałów ludzkości, jakimi są Amerykanie" i wzniósł okrzyk na cześć Amerykanów.

Sprawy zawodowe.

Związek lekarzy Małopolski i Śląska w Krakowie.

Przemówienie przewodniczącego Związku Dra Maksymiljana Cerchy na Walnem Zgromadzeniu delegatów Związku lekarzy Państwa Polskiego w Warszawie dnia 30. IV. 1922.

Szanowni Panowie Koledzy! Z radością przyjął Związek Lekarzy Małopolski i Śląska zaproszenie Wasze do wzięcia udziału przez swoich delegatów w obradach Waln. Zgrom delegatów Związku lekarzy Państwa Polskiego. Wprawdzie trud to nie mały i koszta pokaźne, ale Związek, który od lat 19 pracuje usilnie n. d zorganizowaniem lekarzy całej Małopolski i Śląska Cieszyńskiego, który pozyskał już i wyćwiczył sobie członków w całej Małopolsce, z czego z górą 150 we wschodniej części Małopolski, staje chętnie na Wasze wezwanie. Żywi on bowiem głębokie przekonanie, że w obecnej dobie tylko ogólne, karne, świadome swych celów zrzeszenie może nieść wysoko sztandar godności stanu lekarskiego, że tylko taki związek, do którego należeć będą wszyscy bez wyjątku Koledzy, zdoła przeprowadzić żądania ogółu lekarskiego i nie pozwoli, aby komukolwiek ze zrzeszonych mogła stać się krzywda

Dziewiętnaście lat pracy organizacyjnej, pracy owocnej to szmat czasu, kochani Koledzy, to praca niemal jednego pokolenia! To też nikogo nie może dziwić, że i ci, co byli założycielami pierwotnego „Towarzystwa Samopomocy lekarzy Galicji, Śląska i Bukowiny", przekształconego następnie w „Związek lekarzy Galicji i W. Ks. Krak.", obecnie Małopolski i Śląska, którzy uważali zawsze tę organizację za zawiązek przyszłej wielkiej organizacji polskiej, których mogiły dawno już bujna porasta trawa (że tu wspomnę Jordana, Trzebickiego, Wicherkiewicza i Brauna), jak i ci wszyscy ich aż do dnia dzisiejszego następcy, z dumą spoglądają na rozwój związku, który zorganizował znaczną część lekarzy polskich pod zaborem austrjackim. Był to na owe czasy jeden jedyny polski, wolny związek zawodowy. Spełniał on swoje zadanie, czego dowodem choćby to, że mimo istnienia Izby lekarskiej i Wydziału lekarskiego we Lwowie nikt w ciągu całego szeregu lat nie rzucił we wschodniej części Małopolski myśli utworzenia nowego zawodowego zrzeszenia, odpowiadającego obszarowi np. Izby lekarskiej.

Nie można się też dziwić, że kierownicy Związku, patrząc na wyniki wieloletniej, wydatnej pracy, chociaż czuli, że ogólne zrzeszenie lekarzy wolnej i niepodległej Ojczyzny jest konieczne, przecież zachowali się wobec Związku lekarzy Państwa Polskiego na razie z pewną rezerwą. Nie mniej jednak od chwili powstania tego zrzeszenia, tak Wydział, jak i walne zebranie naszego Związku nie spuszczały z oka złączenia naszego Związku z ogólnym. Tegoroczne Walne Zebranie poleciło wydziałowi załatwienie tej sprawy na pewnych warunkach.

Warunki te omawiałem bardzo niedawno w Warszawie w Głównym Wydziale wykonawczym. Po wzajemnem porozumieniu nie napotkaliśmy trudności, to też złączenie było prawie gotowe.

Za przykładem okręgu wielkopolskiego tytuł naszego okręgu miał brzmieć: „Związek lekarzy Państwa Polskiego, Okrąg Małopolski i Śląski". Sam tytuł „Okrąg Małopolski..." wskazywał, że o tworzeniu nowych okręgów na obszarze, stanowiącym Małopolskę. mowy być nie może, i przy tym warunku związek nasz twardo stać będzie. Walne Zebranie Związku lekarzy Małopolski i Śląska było i jest tego zdania, że związek, istniejący prawie ćwierć wieku, liczący niemal 600 członków, posiadający kasę pogrzebową, fundusze zapomogowe i wieloletnią rutynę, stanowi gotową już, sprawnie działającą maszynę, której demontować się nie godzi na to, aby obok niej montować nową, tej samej konstrukcji, której sprawność okazać się może dopiero w przyszłości. Mamyż pozwolić z lekkiem sercem na uszczuplenie naszego dotychczasowego posiadania? Dopiero po pierwszej mojej bytności w Warszawie dowiedział się ze zdziwieniem Wydział naszego Związku, że powstaje okręg lwowski Związku lek. Państwa Pol., a dziś ze zdumieniem usłyszeliśmy, że na czele tego okręgu stoi prezydent lwowskiej Izby lekarskiej. Przecież zdaje nam się to niemożliwe, aby te dwie, wzajemnie wykluczające się godności, piastowała jedna i ta sama osoba. Mógłby łatwo zdarzyć się wypadek, że władza prezydenta Izby stanęłaby w sprzeczności z obowiązkiem prezesa Związku.

Ze sprawozdania „Okręgu lwowskiego" dowiedzieliśmy się, że liczba członków wynosi 148, z czego ze Lwowa tylko dziewięciu (!), „lwia" zaś część, to członkowie obwodów. W liczbie tych członków z prowincji jest dużo naszych członków, którzy z powodu pewnego zamieszania odnośnie do tego, gdzie właściwie mają należeć, weszli na listę okręgu lwowskiego.

Związek lekarzy Małopolski i Śląska oświadcza, że jeśli warunek niepodzielności obszaru Małopolski będzie spełniony, złączenie się należy uważać za dokonane. W przeciwnym razie kończy się zakres działania delegatów i na razie porozumienie nie może przyjść do skutku.

Rzeczą Głównego Wydziału wykonawczego będzie pomyślne rozwiązanie tej sprawy, czego Związek lekarzy Małopolski i Śląska z upragnieniem oczekuje.

Przemówienie delegata-gościa Dr. M. Cerchy Walne Zebranie delegatów Związku Lek. P. P. przyjęło z zapałem. Fuzję Związków uznano za dokonaną, a gości za istotnych delegatów podwładnego okręgu małopolskiego. W tym duchu czeka Związek lekarzy Małopolski i Śląska już dwa miesiące na formalne załatwienie żywotnej sprawy, poruczonej mu w styczniu b. r. przez Walne Zgromadzenie.

Protokół 217 posiedzenia Wydziału z dnia 10 czerwca 1922.

Przewodniczy wiceprezes Dr. Żydłowicz, pisze Dr. Kostecki, obecni: Dr. Bannet, Dr Grzybowski, Dr. Poźniak, Dr. Piątkowski, Dr. Stahr, a jako gość prezydent Izby Lekarskiej Dr. Strzemieński i zaproszeni wysłannicy Związku Zrzeszeń urzędników państwowych, prof. Dr. Krajewski i wiceprezydent sądu Czerny.

Przewodniczący Dr. Żydłowicz przedstawia w obszernym wywodzie sprawę bezpłatnej pomocy lekarskiej urzędnikom państwowym i ich rodzinom. Zamiast podnieść płace odpowiednio do obecnej drożyzny, rząd chce dać urzędnikom podarunek z kieszeni lekarzy, na co Związek Lekarzy nie może się zgodzić tak w interesie swych członków i całego stanu, jak i urzędników państwowych.

Prof. Dr. Krajewski wyczerpująco przedstawia tę sprawę, jej stronę finansową i zgodnie z wywodami przewodniczącego oświadcza, że Związek zrzeszeń urzędników państw. jest dla własnej korzyści stanowczo przeciwny projektowi rządowemu. Projekt ten odrzucono przez złożenie odpowiedniego oświadczenia w Min. Zdrowia.

Podobnie przemawiał wiceprezyd. sądu Czerny.

Po bardzo obszernej dyskusji uchwalono: 1) Stanowczo sprzeciwić się usiłowaniu Min Zdr. co do wprowadzenia bezpłatnej pomocy lek. dla urzędników i wezwać lekarzy, by posad takich nie przyjmowali; 2) ogłosić w dziennikach wezwanie od Związku Lekarzy do członków Związku, mieszkających na obszarze Województwa Krakowskiego, aby zechcieli leczyć urzędników i ich rodziny za okazaniem legitymacji Związkowych Zrzeszeń Urzędników Państw. Wojew. Krak. za zniżką 50%, a w wypadkach zasługujących na uwzględnienie nawet bezpłatnie do czasu, dopóki rząd nie załatwi sprawy płac urzędniczych. 3) Ze zniżek mogą korzystać urzędnicy, skazani na życie z pensji. Za ewentualne nadużycia, bierze odpowiedzialność Związek Zrzeszeń urzędników państw. Wojew. Krak., który będzie wydawał członkom swym legitymacje celem leczenia. 4) Lekarze chętni tej sprawie, mieszkający na obszarze Województwa Krak., zechcą podać swój adres wraz ze specjalnością i godzinami ordynacyjnemi do Związku lekarzy Małopolski i Śląska, ul. Radziwiłłowska 4. W ten sposób załatwi się sprawę wolnego wyboru lekarza i unicestwi zakusy rządu co do sproletaryzowania stanu lekarskiego.

W sprawie udzielania firmy dla niekoncesjonowanego technika dentystycznego Wiśniewskiego uchwalono wezwać Dra Wojewskiego na posiedzenie w dniu 17 czerwca 1922.

Sprawę partacza Sebryna ze Strusowa uchwalono przedstawić Min. Zdrowia i Minist spraw wewnętrznych.

Kierownik Kasy Pogrzebowej ogłasza wynik ankiety w sprawie podwyższenia wkładki do tej Kasy. Ze statystyki wynika, że $^2/_3$ członków oświadczyło się za wkładką 1200 Mk. za każdym wypadkiem śmierci, z czego 1000 Mk. na premję pogrzebową, a 200 Mk. na koszta administracji i fundusz zapasowy. Wobec tego wnosi, aby wkładkę podniesiono do tej kwoty; najbliższa premja pogrzebowa będzie wynosiła przy 500 członkach pół miljona marek.

Biorąc pod uwagę stosunki drożyźniane, Wydział uchwalił jednogłośnie podnieść wkładkę do 1200 Mk. w tem przekonaniu, że najbliższe Walne Zgromadzenie zatwierdzi tę uchwałę.

Dr. *Kostecki*, sekretarz. Dr. *Żydłowicz*, zast. przewod.

Od Administracji.

Panów Autorów uprzejmie zawiadamiamy, że na podstawie uchwały Zarządu Spółki wydawniczej lekarskiej administracja będzie **bezpłatnie** dawała Autorom 20 odbitek niełamanych, jednostronnie drukowanych. Odbitki łamane, jak dotąd, będą sporządzane na **wyraźne żądanie i na koszt** zamawiającego, który też będzie otrzymywał rachunek, według cennika drukarni.

Zaznaczamy przytem, że cennik drukarski, i tak niesłychanie wysoki, znowu poszedł w górę o 20%.

Wiadomości bieżące.

Kraków.

W czerwcu br. obchodzono uroczyście **jubileusz 25-letniej pracy lekarskiej Dra Antoniego Krokiewicza**, jako prymarjusza oddziału chorób wewnętrz. państw. Szpitala św. Łazarza w Krakowie. Uroczystość odbyła się w kółku kolegów pracujących z jubilatem w szpitalu, przy współudziale personalu urzędniczego i Sióstr Miłosierdzia Szpitala, który po nabożeństwie odbytem w kościele świętego Łazarza, składali gratulacje zasłużonemu Jubilatowi.

Celem uczczenia Jubilata zebrali Koledzy lekarze na kilka cegiełek na dom Medyków, oraz na odbudowę Wawelu.

Jubilat należy do tych rzadkich cichych pracowników, działających dla idei a nie szukających rozgłosu. Długoletnia Jego działalność bogatą jest w owocne rezultaty, o czem świadczy około 120 prac ogłoszonych w czasopismach polskich, francuskich i niemieckich, poruszających bardzo ważne tematy z zakresu Jego specjalności, jak np. leczenia tężca, nowotworów i tp. Jak powszechnie wiadomo Jubilat pracował początkowo teoretycznie w zakresie anatomii patolog. i przez 3 lata pełnił obowiązki prosektora szpitala lwowskiego. W r. 1887 pracował u prof Kocha, a w r. 1895 u prof. Paltaufa. Odznaczył się zaszczytnie przy zwalczaniu grasującej w r. 1891 w Małopolsce cholery, za co otrzymał odznaczenia krzyżem kawaler. orderu Franc. Józefa i tytuł ces. radcy, tudzież pisma pochwalne Wydziału kraj. i Namiestnictwa. Tytuł radcy ces. złożył sam po pokoju brzeskim dając tem przykład godnego naśladowania czynu obywatelskiego. Obecnie prowadzi Jubilat swoje kierownicze prace z wielkim pożytkiem tak dla pracujących u Niego lekarzy, jak i dla polskiej nauki i dobra powierzonych Mu chorych. To też cieszy się ogólnym szacunkiem i uznaniem, nietylko jako znakomity lekarz, ale równocześnie jako prawdziwie dobry człowiek i zacny filantrop. Takiej też owocnej pracy, przez jeszcze długie lat szeregi, życzy Mu szczerze cały nasz świat lekarski. *I. L.*

Lwów.

Kursa uzupełniające dla lekarzy odbędą się na Wydziale lekarskim we Lwowie od dnia 21 do 30 września b. r. Kursa obejmować będą wszystkie dziedziny wiedzy lekarskiej, szczególnie jednak uwzględnione będą potrzeby lekarza praktyka.

Uczestnicy kursu znajdą pomieszczenie w klinice chorób wewnętrznych.

Opłata za dowolną ilość wykładów wynosi 15.000 Mkp., fundusz zebrany przeznacza się na stypendja dla medyków.

Szczegółowy program ogłoszony będzie w połowie sierpnia.

Zgłoszenia przyjmuje i udziela informacji do dnia 1 września prof. Dr. Zalewski, Lwów, Sykstuska 49.

Z różnych stron.

Wiedeń. W czerwcu r. b. odbył się tutaj z powodu kursów dokształcających zjazd lekarzy, na który przybyli lekarze z 26 państw w liczbie około 300, w tem kilkunastu Polaków z różnych stron Rzeczypospolitej. Na bankiecie, wydanym nz cześć Zjazdu przez miasto Baden p. Wiedniem, przedstawiciele poszczególnych państw wygłosili okolicznościowe przemówienia. W imieniu Polaków przemówił dr. Zygmunt Dymiński z Poznania, podkreślając dążności Rzeczypospolitej na polu naukowem i oświetlając wpływ uniwersytetu wiedeńskiego na rozwój medycyny w Polsce. *Dr. J. R.*

Sprostowanie. Na życzenie Redakcji „Ginekologji Polskiej" prostujemy nazwiska członków Komitetu redakcyjnego (ogłoszone w Nr. 26. P. G. L.). Zamiast dr. C. Czermiński ma być: Dr. Cz. Czerwiński, zamiast dr. Z. Gudelmann ma być: Dr. Z. Endelman.